

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS





# ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES

JOURNAL DESTINÉ À RECUEILLIR TOUTS LES DOCUMENTS

RELATIFS A

## L'ALIÉNATION MENTALE

AUX NÉVROSES

ET A LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

PAR MM. LES DOCTEURS

**BAILLARGER**

Médecin honoraire de la Salpêtrière, Membre de l'Académie de médecine

**LUNIER**

Membre de l'Académie de Médecine, Inspecteur général honoraire  
des établissements de bienfaisance et du service des aliénés

ET

**FOVILLE**

Inspecteur général des établissements de bienfaisance  
et du service des aliénés

SIXIÈME SÉRIE. — TOME ONZIÈME

QUARANTE-DEUXIÈME ANNÉE

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRIE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, boulevard Saint-Germain, 120

1884



70152

5767





ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

CHRONIQUE

---

Une maladie nouvelle : la maladie de Thomsen. — Crétinisme consécutif à l'extirpation de la glande thyroïde. — Prochain Congrès médical international à Copenhague. — Rapport sur la construction des hôpitaux, publié par la Société de médecine publique. — Attentats commis par des aliénés contre les docteurs Rochard et Stéphan. — Meurtre du secrétaire de l'asile de Fains, par un aliéné évadé. — Résultats de l'intervention du jury en Amérique dans les questions relatives à l'aliénation mentale.

« Il s'en faut que les nombreuses espèces créées en pathologie nerveuse aient épuisé toutes les modalités de la « neuropathie ». Tel est le début d'un article de M. Longuet, publié par l'*Union médicale* du 25 novembre 1883. L'article est consacré à faire connaître une nouvelle entité morbide, du domaine de la névropathie, et qui est présentée au public médical sous le nom de maladie de Thomsen. Étudiée depuis quelques années en Allemagne, elle n'a encore été l'objet que d'un seul travail français; c'est un

mémoire publié à l'instigation de M. le professeur Charcot par MM. Ballet et Marie (*Archives de neurologie* de janvier 1883), sous le titre suivant : *Spasme musculaire au début du mouvement volontaire*, étude d'un trouble fonctionnel jusqu'à ce jour non décrit en France.

La nouvelle maladie consiste en un trouble musculaire qui paraît appartenir à la classe des spasmes fonctionnels créée par Duchenne (de Boulogne). « A l'occasion d'un « mouvement à exécuter, dit M. Longuet, le malade est « atteint, dans le membre ou le groupe de muscles actionné, « d'une contracture qui ne cède qu'au bout d'un temps plus « ou moins long, laissant dès lors toute liberté au mouve- « ment. La durée, le degré, le siège et l'étendue de ce « spasme se combinent pour donner leur physionomie spéciale aux cas particuliers. »

Thomsen, dont on propose de donner le nom à la maladie, en a fait le premier la description, en 1876, d'après lui-même et d'après les siens. En effet, il l'a retrouvée dans cinq générations de sa propre famille, à des degrés divers, alliée à toutes les formes de nervosisme. Sur treize enfants que sa mère a eus, sept en ont été atteints ; lui-même a des enfants dont plusieurs en présentent des symptômes atténués. C'est assez dire qu'un des caractères de la maladie est d'être congénitale et héréditaire.

Le malade de MM. Ballet et Marie est atteint depuis l'âge de dix ans ; il ne peut faire un mouvement volontaire des bras ou des jambes, sans commencer par éprouver dans les muscles qui vont entrer en action, une rigidité tétanique qui dure de une à trois secondes. Des phénomènes analogues caractérisent l'affection dans les différentes observations publiées par les auteurs allemands, en particulier par Seeligmüller en 1876 et 1879 ; les muscles affectés sont presque toujours hypertrophiés.

Nous ne pouvons entrer ici dans une description plus détaillée des symptômes de la nouvelle maladie ; mais il

importe, pour éviter les confusions, de dire un mot de sa synonymie, car, à peine connue, elle a déjà reçu un grand nombre de noms différents ; c'est ainsi que diverses observations allemandes ont paru sous les titres de : Paralyse générale spasmodique hypertrophique ; paralysie spinale spasmodique avec contractions toniques intermittentes des muscles volontaires ; raideur et hypertrophie musculaire : myotonie congénitale.

La dénomination donnée à leur observation par MM. Ballet et Marie, spasme musculaire au début du mouvement volontaire, à défaut de la concision, a le mérite fort important de la clarté. M. Longuet propose à son tour le nom de *dysmyotonie congénitale*, pour montrer qu'il s'agit d'une perversion de la tonicité musculaire. M. Longuet termine son article par un mot emprunté à un chroniqueur parisien d'après lequel, pour propager une maladie, il suffirait de lui donner un nom.

S'il en est ainsi pour la nouvelle affection dont nous venons de signaler, brièvement, la récente apparition dans la nomenclature médicale, on pourrait bien reconnaître d'ici peu qu'elle est loin d'être rare. En tout cas, on n'a pas à craindre qu'elle continue de rester méconnue, faute d'un acte de baptême.

Dans ce temps de hardiesse chirurgicale, puissamment favorisée par la généralisation de la méthode de Lister, il paraît qu'en Suisse et en Allemagne, on ne recule plus devant l'extirpation de la glande thyroïde, hypertrophiée ou dégénérée, et que l'on obtient, le plus ordinairement, la guérison de la plaie ainsi produite. Billroth, le célèbre opérateur de Vienne, aurait déjà, à son actif, cent vingt ablations de ce genre, et Kocher, le professeur de Berne, en aurait cent cinquante ; ils ont de nombreux imitateurs, et on ne saurait méconnaître qu'il y ait là un brillant exemple des conquêtes de la chirurgie contemporaine et du triomphe des pansements antiseptiques. Mais la médaille a un revers

qui vient d'être signalé en Suisse; parmi les opérés, ainsi privés de leur glande thyroïde, il y en a, paraît-il, un bon nombre dont les facultés cérébrales ne tardent pas à présenter un affaiblissement considérable; ils tombent dans un état comparable à l'idiotie. Voilà donc un nouveau chapitre à ajouter à la question déjà si complexe, et encore si incomplètement résolue, des relations entre la thyroïde et le cerveau, des rapports du goitre et du crétinisme; car il s'agirait d'un véritable crétinisme acquis.

Envisagée au point de vue psychologique, la question prend une importance considérable; aussi reproduisons-nous textuellement, d'après l'*Union médicale* du 6 décembre, le passage suivant d'une lettre de M. le Dr Lardy, de Berne, qui donne à cet égard des renseignements précis et très intéressants :

« Jusqu'au printemps dernier, cette opération (l'extirpation de la glande thyroïde) avait été faite absolument sans arrière-pensée; il était convenu que cette glande ne servait à rien, ou du moins que son enlèvement ne nuisait en rien à la santé générale de l'opéré. Aussi, l'on ne se préoccupait guère d'enlever un seul lobe, ou bien les deux lobes, alors même que l'un d'eux était encore parfaitement sain.

« Il n'en est pas malheureusement ainsi, et l'enlèvement total de la glande a un retentissement considérable sur le système cérébral. Les opérés, heureusement pas tous, deviennent idiots; et ce qu'il y a de plus terrible, ils se sentent devenir idiots. C'est cette affection que le professeur Kocher a désignée sous le nom de *Cachexia strumi priva*. Un mémoire présenté par lui, au congrès de Berlin, en avril dernier, sur ce sujet, a été absolument tourné en ridicule par la docte assemblée, et Billroth, l'un des plus compétents après Kocher, sur la question, est venu complètement et ouvertement combattre son opinion.

« En attendant les malades sont là, et jusqu'à présent;

on n'a trouvé aucun moyen efficace de leur venir en aide.

« J'en ai deux maintenant, en traitement, dans mon service ; l'un est un homme de quarante-cinq ans, père de famille, qui ne peut absolument plus travailler. Il a, depuis l'opération, toujours froid et toujours sommeil ; il n'est heureux qu'au lit, ne répond que péniblement, comprend difficilement ce qu'on lui dit. Sa figure est complètement ridée, il a en cinq mois pris l'aspect d'un vieillard, tel qu'on ne le reconnaît presque plus. Il est devenu en un mot, un vrai crétin, et cela, seulement, depuis l'opération.

« L'autre est une femme de vingt-quatre ans opérée premièrement pour une hypertrophie du lobe gauche, il y a environ deux ans. C'était une bonne et jolie ouvrière d'une fabrique de faïence peinte, à Thouné. Après cette première opération elle put reprendre son travail comme auparavant. Un an après elle revenait pour faire opérer l'autre moitié de la glande qui proliférait rapidement. Guérie en quinze jours, elle devait, trois mois plus tard, cesser son travail, n'étant plus capable de l'exécuter d'une façon intelligente.

« Je l'ai maintenant, depuis deux mois, dans ma salle, sans avoir pu en tirer encore une réponse ; ce n'est absolument plus un être humain. Cette femme reste au lit tout le jour, mange à peine, ne parle jamais et est parfois complètement insensible.

« Je ne puis m'étendre plus longuement sur ce sujet dans cette lettre. J'ajouterai, seulement, que je pourrais citer une dizaine de cas analogues ou plus probants. Ce qui frappe surtout, au premier abord, c'est l'abrutissement du facies, chez les malheureux atteints de cette cachexie. Inutile de dire que, maintenant, à moins de dégénération cancéreuse de la thyroïde, on préfère ne plus opérer ces goîtres plutôt que de rendre leurs porteurs idiots. »

Les faits, on le voit, présentent tous les caractères de l'authenticité scientifique. Ils soulèvent plus d'un problème. Non seulement il y a lieu de rechercher les relations qui

peuvent exister entre les fonctions des hémisphères cérébraux et celles de la glande thyroïde, mais il y aurait, en outre, à se demander si l'extirpation de cette dernière n'a pas aussi un certain retentissement sur l'appareil sexuel. Le goître se développe surtout à l'époque de la puberté, ce qui expliquerait, d'après M. Baillarger, l'absence de goître signalée par Cerise chez un grand nombre de crétins. Le goître ne se développerait pas chez eux parce qu'ils ne deviendraient pas pubères. Inversement, la suppression de la glande thyroïde hypertrophiée n'exercerait-elle pas quelque influence sur les fonctions de reproduction ? La question, et toutes celles qui pourraient s'y rattacher, sont, à coup sûr, du plus haut intérêt. De nouveaux faits viendront sans doute s'ajouter à ceux que nous venons de rapporter et contribueront à en faire apprécier la véritable portée scientifique.

On se rappelle l'énorme succès obtenu, en 1884, par le Congrès médical international de Londres. Plus de trois mille médecins, venus de tous les pays civilisés, s'étaient réunis dans un but scientifique et confraternel. Les médecins français, quoique peu voyageurs en général, avaient répondu en grand nombre à l'appel, et grâce aux illustrations qui s'étaient mises à leur tête, ils ont fait grande figure à Londres, personne ne saurait le contester. Dans le domaine restreint de la spécialité psychiatrique, les choses ne se sont pas passées d'une manière moins favorable, pour notre pays, que dans l'ensemble du Congrès, et tous ceux qui ont assisté aux séances de la section des maladies mentales du Congrès de Londres en ont certainement gardé le plus flatteur souvenir.

Un nouveau Congrès international va être tenu cette année, et le siège désigné pour cette grande réunion confraternelle est la ville de Copenhague. Plusieurs grandes cités rivalisaient pour obtenir cet honneur, et il n'est

pas douteux que l'un des motifs du choix fait n'ait été le désir de se montrer agréable au corps médical de la France. Le Danemark a toujours été un pays ami du nôtre; la rapidité des moyens de transport, et les facilités de prix offerts aux membres du Congrès, rendent aujourd'hui facile un voyage qui autrefois pouvait effrayer par la distance et par les frais. Copenhague est, paraît-il, une ville très curieuse, et on ne saurait douter du bon accueil qui attend ceux qui s'y rendront; enfin, le programme de la section de psychiatrie et de neurologie, qui doit être présidée par le professeur Steenberg, est plein de promesses. Tous ces motifs réunis nous font désirer que la France et la Société médico-psychologique soient dignement représentées au prochain Congrès de Copenhague.

Plusieurs des séances de la Société de médecine publique, en 1883, ont été consacrées à la discussion d'un travail fort important, qui doit intéresser tous les médecins, mais qui s'impose surtout à l'attention de ceux qui ont à s'occuper de constructions hospitalières. A ce titre on ne saurait trop en recommander l'étude aux médecins et aux directeurs des asiles d'aliénés. Il s'agit d'un rapport sur la construction des hôpitaux, rédigé par M. le docteur Rochard, au nom d'une commission qui avait consacré de nombreuses réunions à établir les principes généraux dont il convient de ne pas s'écarter dans les constructions hospitalières en général, sauf à en modifier le mode et les détails d'application, suivant la nature de chaque établissement en particulier. Nous pouvons constater avec satisfaction que le système d'ensemble qui a obtenu la préférence est celui des pavillons détachés, de peu d'élévation, disposés des deux côtés d'une ligne médiane de bâtiments destinés aux services généraux. Ce système est précisément celui qui, depuis longtemps déjà, est adopté, surtout en France, pour la construction des asiles d'aliénés. Bien loin d'être en

arrière, sous ce rapport, nos établissements spéciaux ont, au contraire, devancé les hôpitaux ordinaires. Le très remarquable rapport de M. Rochard a provoqué au sein de la Société de médecine publique de nombreuses communications d'hommes compétents à divers titres, les uns comme médecins, les autres comme architectes ou ingénieurs. La publication de ces débats remplit en partie les numéros d'avril, de juin, de juillet et d'octobre 1883 de la *Revue d'hygiène et de police sanitaire*. Ce sont là des documents d'intérêt public, de la plus haute importance, et que l'on ne saurait trop recommander à l'attention.

M. le Dr Rochard, auteur de ce Rapport, que nous croyons destiné à marquer une date dans la science hospitalière, est précisément l'éminent inspecteur général du corps de santé de la marine, qui, par une soirée du mois de septembre dernier, recevait à l'improviste, dans une allée des Champs-Élysées, deux coups de revolver, sans pouvoir reconnaître ni presque apercevoir son assassin. Celui-ci paraît être un aliéné qui avait été placé, à plusieurs reprises, dans des asiles spéciaux, et qui, en proie à une recrudescence de délire hallucinatoire, aurait été poussé par *ses voix* à commettre un acte auquel il paraît impossible de trouver une explication compatible avec l'intégrité de la raison. Heureusement, M. Rochard a survécu à ses blessures ; il a été entouré, pendant sa maladie, des témoignages unanimes de la sympathie de tous ses confrères. Sa rentrée récente à l'Académie, devant laquelle il a déclaré qu'il ne lui resterait de cet événement « qu'un peu de plomb dans le « poumon droit, et dans le cœur une très grande reconnaissance pour ses collègues », a été le signal d'une véritable ovation (séance du 20 novembre 1883).

Ce fait a vivement frappé l'attention publique et, rapproché de quelques faits récents plus ou moins analogues, notamment de celui d'Altschüler tirant au hasard des balles



de pistolet, en plein jour, boulevard des Italiens, sur des passants complètement inconnus de lui, il a puissamment mis en relief les dangers que font courir, à tous les citoyens d'une grande ville comme Paris, les aliénés qui y vivent en grand nombre, à l'état de liberté, après être sortis prématurément d'un asile, ou après s'en être évadés. Plus récemment encore, les journaux ont été remplis des détails de l'évasion d'un autre aliéné homicide, qui, avant d'escalader les murs de Bicêtre, aurait manifesté l'intention, si jamais il redevenait libre, de tuer le médecin aux soins duquel il était confié.

Mais il ne faut pas croire que les dangers que les aliénés en liberté font courir à la sécurité publique soient limités aux grandes villes. Un médecin allemand d'une petite localité vient d'être victime d'un attentat qui ne paraît explicable que par la folie de celui qui l'a commis. « Une tentative d'assassinat, accomplie dans des circonstances inexplicables, lit-on dans la *Gazette hebdomadaire*, 30 novembre, p. 783, a eu lieu sur la personne du D<sup>r</sup> Stephan, médecin à Dargun, dans le Mecklembourg. Le 28 septembre, à sept heures du matin, un individu, appelé Bremer, se présente chez lui et demande avec insistance à le voir. Quelques minutes après le docteur le rejoignit dans le salon. M<sup>me</sup> Stephan, restée dans sa chambre, entendit une conversation animée, presque une dispute, puis plusieurs coups de revolver; elle se précipita dans le cabinet de son mari. Il avait la face et la poitrine couvertes de sang; une balle avait traversé le bras gauche; une autre, entrée par la bouche, avait fracturé un des os du nez et s'était arrêtée dans la région de l'orbite. Le meurtrier, qui s'était réfugié dans le salon, profita de l'émotion du moment; il s'assit dans un fauteuil et se logea trois balles dans la poitrine; la mort fut instantanée. »

Ce suicide rendit impossible toute enquête médico-légale,

mais M. le D<sup>r</sup> Petit, qui rend compte du fait, déclare, après avoir donné quelques renseignements sur les antécédents du meurtrier, qu'il devait être un aliéné plutôt qu'un criminel.

Quant au pensionnaire à répétition de l'asile de Munich, qui, voulant se venger du médecin de cet établissement, s'était imaginé de l'appeler en consultation chez lui, avec un autre confrère, afin d'avoir la facilité de les tuer tous deux à coups de revolver, sans même se déranger de son propre domicile (*Annales médico-psychologiques*. Précédent numéro, p. 523), c'est à coup sûr celui de ces aliénés homicides qui a su mettre, au service de son délire, le procédé le plus ingénieux et la préméditation la mieux combinée pour assurer la réussite de son projet. Un hasard seul a dû sauver ceux dont il entendait se défaire. Puisse-t-il au moins ne pas avoir, prochainement, des imitateurs!

Nous passons au récit d'une autre catastrophe du même genre, qui s'est produite dans la même quinzaine que les précédentes, et qui, elle, a eu un dénouement mortel. La victime, pour ne pas appartenir au corps médical, n'en a pas moins droit à tous les regrets et à toute la sympathie des médecins aliénistes; M. Basile Morel était, en effet, attaché depuis seize ans à l'asile public de Fains; il y remplissait, d'une manière très satisfaisante, les fonctions de secrétaire, et il était, en particulier, fort bien au courant du service des transfèrements. C'est à ce titre que le 44 septembre, il partait, accompagné d'un agent de l'asile, et muni de réquisitions préfectorales, pour réintégrer dans l'établissement le nommé B... qui s'en était récemment évadé. En arrivant dans le village où demeurait ce dernier, les deux agents de l'asile le rencontrèrent sur la route; il leur raconta qu'il venait d'aller voir le médecin de la localité, pour lui demander si c'était lui qui avait délivré le certificat qui l'avait fait passer pour fou, ajoutant qu'en cas de réponse

affirmative il aurait tué ce médecin. B... refusa bien entendu de suivre de bon gré les agents de l'asile, et ceux-ci, pour éviter une lutte sur la voie publique, suivirent le malade dans son domicile. Sa famille était partie de la maison, par crainte sans doute ; le secours des voisins fut demandé vainement, personne ne voulant se compromettre et s'attirer, pour la suite, le ressentiment de l'aliéné. Réduits à eux-mêmes, les deux agents de l'asile allaient essayer de mettre la camisole de force à B..., lorsque celui-ci, s'armant d'un long couteau pointu, en porta dans l'abdomen de M. Morel un coup qui perfora l'intestin ; à la suite de cette blessure se déclara une péritonite promptement mortelle. Nous devons payer un juste tribut d'éloges et de regrets au modeste employé qui a succombé ainsi, victime du devoir professionnel. Sans doute, on peut dire, après coup, et loin de tout danger, qu'il aurait été plus prudent de ne pas suivre le malade dans son domicile sans une nombreuse escorte. Mais où trouver des auxiliaires dans un village, dont les habitants sont retenus par la crainte du malade et par la défiance à l'égard d'étrangers venant d'un asile ?

De pareils faits, outre le deuil qu'ils occasionnent, nous paraissent porter un double enseignement. D'abord ils prouvent que la mission de conduire des aliénés dans un asile, ou de les transférer d'un établissement dans un autre, est une mission toujours grave, et souvent périlleuse ; elle entraîne une sérieuse responsabilité et ne doit jamais être confiée qu'à des agents expérimentés ; on voit même que l'expérience ne met pas toujours à l'abri du danger. Ensuite n'y a-t-il pas là un argument d'une grande force, en faveur de la création d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels ? Dira-t-on que le séjour ultérieur du nommé B... dans l'asile dont il a tué un des fonctionnaires, sera sans inconvénients pour B... lui-même, pour les autres malades, pour les pensionnaires, pour l'ensemble du service de l'établissement ? Il faudrait être bien peu familier avec le fonction-

nement intérieur d'un asile, pour ne pas reconnaître que la position exceptionnelle de B..., au milieu des autres aliénés, créera des difficultés de toutes sortes, dont il aura à souffrir plus que personne. D'ailleurs, ne sera-t-il pas très difficile de prendre à son égard, dans un asile ordinaire, des mesures de surveillance suffisantes pour rendre à peu près impossible une nouvelle évasion ? N'y aurait-il pas de sérieux avantages à pouvoir envoyer ce malheureux dans un asile où l'on n'aurait pas le sentiment aussi présent de la catastrophe dont il a été l'auteur, et où il serait soumis à une surveillance d'autant plus rigoureuse, offrant d'autant plus de garanties, qu'elle serait générale et s'étendrait, avec les mêmes précautions, à tous les malades ? Peut-on assimiler les aliénés homicides à ceux qui ne commettent que des délits de peu de gravité, par exemple, à des paralytiques qui arrachent des fleurs des jardins publics, qui dérobent des futilités avec enfantillage, à des hystériques qui volent aux étalages ? Evidemment non ; si ces dernières catégories de malades peuvent, sans inconvénient, être mélangés à la population ordinaire des asiles, il n'en peut être de même des aliénés meurtriers, des aliénés incendiaires, dont la présence, dans les asiles ordinaires, constitue un danger matériel permanent, en même temps qu'une véritable plaie morale. Nous sommes de ceux qui pensent, avec conviction, que ceux-là doivent être soumis à des mesures spéciales, dont l'application méthodique et sans défaillance réclame un établissement spécial. Puisse un avenir prochain combler, en France, cette regrettable lacune !

Les aliénés en liberté ne sont pas plus inoffensifs de l'autre côté de l'Atlantique, et si l'on avait besoin d'arguments nouveaux pour montrer à quel degré l'intervention d'un jury donne de déplorables résultats, lorsqu'ils s'agit de trancher des questions relatives à la folie, on n'aurait qu'à

invoquer les faits suivants, rapportés par le Dr Talcott, médecin de l'asile de Middletown dans l'Etat de New-York. Dans le premier cas, le malade comparut devant un jury composé de douze citoyens « bons et loyaux » qui, avec cette expérience de la folie qui caractérise d'habitude les personnes étrangères à la médecine, déclarèrent qu'il était sain d'esprit et qu'on pouvait le remettre en liberté. Peu de jours après, c'étaient les mêmes jurés qui pétitionnaient pour obtenir la réintégration de cet homme à l'asile, parce qu'il leur adressait des menaces de mort. Précédemment, il avait menacé de tuer sa femme ; c'est du reste ce qu'il s'efforça de réaliser entre le jour de sa mise en liberté et celui de sa réintégration ; cet homme est actuellement enfermé dans l'asile de Willard pour les aliénés chroniques. En 1882, deux autres malades de l'asile de Middletown furent également remis en liberté, grâce à un verdict favorable du jury. Au bout de très peu de temps, l'un d'entre eux était sous les verrous, en prison, pour avoir essayé de tuer sa mère. L'autre était, bientôt après, réintégré dans l'asile comme aliéné dangereux et intraitable ; pendant ces quelques jours de santé d'esprit officielle, il s'était mis à frapper contre les murs les têtes de ses pauvres petits enfants sans défense. « En pareil cas, ajoute le Dr Talcott, ne pourrait-on pas rendre responsables les juges et les jurés qui exposent à d'aussi graves dangers la société et les malades eux-mêmes ? Ceux-ci, remis prématurément en liberté au moment où leur état mental commençait à s'améliorer, sont bien vite victimes d'une rechute ; ils rentrent promptement dans un asile pour y grossir la masse des aliénés incurables et pour aggraver, pendant toute leur vie, les charges pécuniaires de la communauté. Et tout cela est dû à l'intervention criminelle de gens incompetents, et à l'ignorance plus criminelle encore de magistrats improvisés. » (*The alienist and neurologist*, octobre 1883, p. 726.)

Il nous paraît douteux que l'on puisse, en pareil cas, éta-

blir la responsabilité matérielle des juges et des jurés; mais, à défaut de sanction pratique, il est incontestable qu'une énorme responsabilité morale pèse sur ceux qui prononcent la mise en liberté des aliénés, même améliorés ou guéris en apparence, dont la maladie s'est manifestée par des tendances criminelles et plus particulièrement homicides. Sans doute, on trouvera encore des théoriciens en philanthropie, tout disposés à juger sévèrement les lois qui, dans les différents pays civilisés, réglementent le traitement et la séquestration des aliénés; ils ne manqueront pas d'accuser la société, et les médecins en particulier, de porter atteinte à la liberté individuelle et de faire enfermer des aliénés imaginaires. Mais tous ceux qui voudront bien étudier, avec impartialité, la réalité des faits, reconnaîtront, nous n'en doutons pas, combien il est plus vrai de dire que les aliénés méconnus font courir de bien grands dangers à la société en général et aux médecins en particulier. Ce sont ces derniers que l'on accuse et ce sont eux qui sont chaque jour exposés à un véritable péril.

A. F.

---

# Pathologie

---

DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE

LE

## DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr J. CHRISTIAN

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

---

On a tant écrit sur la paralysie générale, qu'il semble que tous les détails de son histoire doivent être parfaitement connus; les symptômes qui la caractérisent ont une physionomie si bien tranchée, qu'on ne s'explique pas de prime abord qu'il puisse y avoir aucune difficulté à la diagnostiquer.

Cependant, lorsque l'on étudie, dans un service d'aliénés, les malades chroniques qui y sont placés depuis un certain temps, on en trouve toujours quelques-uns qui, ayant présenté et présentant encore actuellement des symptômes semblables à ceux de la paralysie générale, ont été considérés comme paralytiques. La maladie se prolongeant, et suivant une marche toute différente de celle que l'on se croyait en droit de prédire, on est obligé de reconnaître que l'on s'est trompé, que l'on a attribué à ces symptômes une signification qu'ils n'avaient pas.

D'autres ont présenté au début tous les signes de la

paralysie générale : ils ont été classés comme paralytiques, et voici qu'au moment où ils se présentent à nous, il n'existe plus chez eux rien qui rappelle la paralysie, mais seulement de la démence, ou un délire chronique quelconque.

Il m'a paru que tous ces faits méritent d'être examinés de plus près; non pour le vain plaisir de signaler des erreurs qui ont échappé à des observateurs expérimentés et consciencieux, tout comme elles auraient pu échapper à chacun de nous, — mais pour montrer comment ces erreurs ont dû en quelque sorte se produire fatalement.

## I

Dans les premiers écrits qui ont paru sur la paralysie générale, on trouve un grand nombre d'observations qui aujourd'hui seraient classées tout différemment. Je n'en citerai que quelques-unes.

Bayle (*Traité des maladies du cerveau*, 1826, p. 237) rapporte l'histoire d'un militaire, âgé de soixante-six ans, à l'autopsie duquel on trouva une pachyméningite, et qui, pendant la vie, avait eu du délire ambitieux, de l'embarras de la parole, etc. Aujourd'hui nous aurions de la peine à admettre une paralysie générale chez un vieillard sexagénaire, et nous croirions plutôt à une démence apoplectique.

Rodrigues (*Traité de la paralysie générale chronique chez les aliénés*, Anvers 1847) cite comme exemples un enfant de huit ans, idiot de naissance (p. 111), et un vieillard âgé de soixante-dix-huit ans (p. 89).

Il m'eût été bien facile de multiplier ces exemples. L'erreur tient à la déplorable confusion qui s'est faite dans l'esprit des premiers observateurs au sujet de la nature des troubles musculaires. Non seulement ils les ont considérés pour la plupart comme une simple complication de la maladie mentale, mais ils ont vu une *paralysie* là où, à aucune période de la maladie, il n'y a de paralysie véri-



table. Cette fâcheuse confusion s'est perpétuée : le nom même qui est resté à la maladie en est la preuve. Il ne faut donc pas s'étonner que beaucoup d'aliénés aient été classés comme paralytiques généraux, uniquement parce qu'il existait chez eux des accidents réellement paralytiques. En voici deux exemples bien remarquables :

Obs. I. — H... (4j, soldat au 51<sup>e</sup> de ligne, entré le 24 janvier 1874, venu de l'asile Sainte-Anne avec un certificat de M. Dagonet, portant : Manie avec affaiblissement intellectuel.

Le certificat de vingt-quatre heures, signé Calmeil, porte : démence avec paraplégie; spasmes convulsifs dans les muscles de la face; son existence est déjà compromise.

Quinze jours après : stupidité et paralysie générale.

Cependant, le 24 juin 1872, le malade sort guéri, et je trouve la note suivante :

Atteint de paralysie générale, suite d'une variole grave, H... n'a plus au moment de sa sortie que de la paralysie du voile du palais, occasionnant une certaine difficulté dans la prononciation. Son état mental est excellent.

Obs. II. — A..., soldat au 4<sup>e</sup> d'artillerie, âgé de quarante-trois ans, entré le 9 mars 1874, venant du Val-de-Grâce.

Certificat d'entrée : est atteint de paralysie générale;

Certificat de vingt-quatre heures : démence et paralysie générale;

Certificat de quinzaine : paralysie générale.

Au mois d'avril, le registre porte : amélioration subite.  
— et le 2 août 1874, le malade sort guéri.

A... était également devenu aliéné dans la convalescence d'une variole.

---

Cette observation a été publiée en détails par M. Foville, (in *Ann. méd.-psychol.* 1873. Paralysie générale par propagation. Obs. VIII).

N'est-il pas permis de dire que ces deux militaires ont été atteints, non pas de paralysie générale, — mais d'une de ces paralysies fréquentes dans la convalescence des maladies graves, et si bien décrites par Gubler dès 1869? (*Arch. gén. de médecine*). L'erreur de diagnostic a souvent tenu à l'importance exagérée, à la valeur en quelque sorte pathognomonique, que l'on a attribuée aux différents symptômes pris isolément. Lorsque la doctrine des monomanies, celle notamment de la monomanie ambitieuse, eut été battue en brèche, — le délire des grandeurs se trouva devenu l'apanage presque exclusif de la paralysie générale; — et, chaque fois qu'un aliéné présentait un délire avec prédominance d'idées ambitieuses, il risquait fort d'être considéré comme paralytique. Si les symptômes somatiques manquaient, on ne mettait pas en doute leur apparition prochaine.

J'en dirai autant de l'inégalité pupillaire, que pendant longtemps on a crue exclusive à la paralysie générale, et qui cependant, pas plus que le délire des grandeurs, n'a rien de spécifique.

Mais ce sont les troubles de la parole qui peut-être ont donné lieu aux méprises les plus singulières. Tout aliéné qui s'exprime avec difficulté devient suspect de paralysie générale. Cependant l'embarras de la parole peut tenir aux causes les plus variées; et, faute de se livrer à une analyse minutieuse du phénomène, on risque d'en méconnaître absolument la nature, partant celle de la maladie elle-même.

Un malade âgé de trente-sept ans est placé au mois d'octobre 1857 dans une maison de santé où il passe deux mois, et d'où il sort avec un certificat ainsi conçu : « Affaiblissement des facultés intellectuelles avec *bégaiement*, « tremblement des mains; — avait fait une tentative de « suicide en se portant un coup de rasoir au côté gauche « du cou. »

Le médecin qu'il voit à partir de cette époque, diagnostique un commencement de démence avec paralysie générale et penchant au suicide, — et persiste dans cette opinion; car, appelé au mois de mai 1858 à donner son avis sur le malade qu'on voulait interdire, il déclare « qu'il est atteint  
« d'un commencement de paralysie générale, que cette  
« maladie a offert pendant une longue période chez  
« lui des caractères tellement graves qu'il ne pouvait plus  
« articuler aucun mot ni se tenir en équilibre sur ses jambes; qu'il avait perdu la mémoire et la faculté d'associer  
« des idées; que l'expérience de chaque jour prouve que  
« les rémittences analogues à celle que traverse le malade  
« ne sont jamais longues, etc. »

Il était impossible d'être plus catégorique; cependant, trois mois après, le malade rentre dans sa famille et reprend sa profession d'épicier.

Le calme se maintient pendant vingt ans! Ce n'est qu'en 1879 que le délire réparaît, comme la première fois, à la suite d'excès alcooliques. Je vis alors le malade, et je pus l'observer pendant quelques mois. Il bégayait fortement; — mais il avait toujours bégayé; ce n'était pas un symptôme de sa maladie mentale; seulement, sous l'influence de l'intoxication alcoolique, il devenait beaucoup plus accentué. L'intelligence était faible. Le malade put bientôt être rendu à sa famille.

En somme, il ne s'agissait que d'un bête peu intelligent qui, à vingt ans d'intervalle, avait eu deux accès de délire alcoolique. Cependant les médecins qui l'avaient vu lors de la première atteinte, étaient des maîtres d'une expérience consommée.

Voici un autre fait, non moins instructif :

Un officier, blessé grièvement au Mexique, subit l'amputation du bras droit, et obtient, à sa rentrée en France, une situation avantageuse dans les finances. Au bout de quelques années, l'intelligence se trouble, il compromet

gravement sa fortune, devient dangereux pour son entourage, une séquestration devient urgente. J'ai observé ce malade pendant plusieurs années; il est mort dans mon service d'une affection pulmonaire, mais sans que malheureusement il m'ait été permis de pratiquer l'autopsie. Je l'ai toujours considéré comme un type de délire de persécutions *systématisé* : ses persécuteurs étaient son chef hiérarchique dans les finances et le premier médecin qui l'avait soigné : ces deux hommes l'empoisonnaient, lui volaient sa fortune, lui disaient des injures au moyen d'appareils électriques. Jamais ce délire n'a varié, et cependant lui aussi avait été considéré comme atteint de paralysie générale !

A la vérité il avait des idées ambitieuses : c'est par millions qu'il chiffrait les sommes qu'on lui avait volées. Son écriture ressemblait à celle des paralytiques, et il écrivait des volumes. Mais si l'on songe que ce malade n'avait pour écrire que la main gauche, l'on s'explique, je pense, aisément que ses lettres fussent mal formées, les pages remplies de taches et de ratures. Enfin, et c'était là le symptôme le plus apparent, il bredouillait d'une façon presque inintelligible, surtout quand il était excité. Mais cet embarras de la parole avait une cause purement mécanique : X... n'avait plus de dents, et, depuis qu'il était aliéné, il n'avait plus été possible de lui faire porter son râtelier !

Si je cite ce fait, c'est pour montrer combien, dans certaines circonstances, le diagnostic d'une maladie mentale peut être délicat. Il est fort possible que si je n'avais vu cet aliéné qu'en passant, au lieu de pouvoir le suivre pendant plusieurs années, je me serais moi-même trompé sur la valeur et la signification pathologique des symptômes qu'il présentait.

Je ne veux pas m'étendre ici sur les cas où le *délire alcoolique* a été pris pour une paralysie générale, — ces cas sont nombreux, et l'erreur n'est pas toujours facile à

éviter; — ni sur ceux où la *stupeur* masque, pendant un temps souvent fort long, les symptômes paralytiques. Je soigne, depuis plusieurs mois, un officier d'artillerie, que j'ai tout lieu de supposer atteint de paralysie générale. Mais, depuis son entrée, il reste plongé dans un état de profonde stupeur, d'où rien n'a pu le tirer. Il ne parle pas, demeure immobile sur son fauteuil, laisse tout aller sous lui : je n'oserais pas, actuellement, me prononcer sur son état d'une façon catégorique.

C'est la *folie à double forme* qui a donné lieu aux méprises les plus fréquentes et les plus remarquables. Cette affection, qui a été si bien décrite dans le livre récent de Ritti (1), ressemble tellement, dans sa phase d'excitation, à la période expansive de la paralysie générale, que l'erreur est presque inévitable. C'est ce qu'a fait ressortir Régis, dans l'intéressant mémoire publié dans l'*Encéphale*, 1884 (Note sur le diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale); mais, si Régis a fait de louables efforts pour établir le diagnostic différentiel, je doute que le signe auquel il accorde toute sa confiance la justifie en pratique. « La différence existe, dit en effet Régis (p. 693), mais cette différence, ce n'est ni dans les phénomènes somatiques, ni dans les phénomènes intellectuels qu'il faut la chercher; c'est, je crois, dans les manifestations *morales et affectives*, dans la nature même des sentiments.

« Le paralytique général est un être doux, bienfaisant, humain, etc. »

J'avoue que, jusqu'à présent, il ne m'est pas encore arrivé de rencontrer un paralytique général qui réponde à ce portrait. Tous ceux que j'ai connus étaient aussi égoïstes et aussi personnels que les autres aliénés. Leur *altruisme*, ou, si l'on préfère, leur *humanitarisme* n'était jamais qu'à

---

(1) Ritti, *Traité de la folie à double forme*. Paris, 1883.

la surface, et dérivait directement de leur immense orgueil.

Sans entrer ici dans une discussion que ne comporte pas le cadre de cet article, je croirai plus volontiers que c'est surtout dans l'évolution de la maladie qu'apparaîtra la différence; et lorsque, pendant une série d'années, se seront succédé une série d'accès maniaques tels que ceux que Régis a observés chez P... (que j'ai actuellement dans mon service), sans que la santé générale ait subi aucune atteinte, et sans que l'intelligence ait sensiblement baissé, je crois qu'il ne sera plus permis de conserver aucun doute sur la nature de l'affection. Il en est ainsi dans les deux observations suivantes :

Obs. III. — L'histoire de ce malade a été publiée par M. Foville (*Ann. méd.-psycholog.* juillet 1884, p. 74); je n'y ajouterai que peu de chose. Le malade vit encore : il a conservé toute sa vigueur et toute son activité physique, quoique, en 1884, il ait été atteint d'une pneumonie double fort grave. Sa maladie mentale n'a pas varié : à des périodes de calme et d'affaissement, pendant lesquelles il est triste, indifférent, préoccupé de sa santé, succèdent des périodes d'excitation maniaque, caractérisées par une loquacité intarissable, des idées de grandeur, un besoin incessant de mouvement. Il écrit chaque jour au Président de la République comme autrefois à Napoléon III; il dirige tout, régenté tout, et devient pour son entourage un véritable fléau. Ce que M. C... présente de plus remarquable, c'est, dès qu'il s'anime, un tremblement considérable des muscles de la face; la parole s'embarrasse, il ne trouve plus les mots; les mains elles-mêmes deviennent tremblantes. Ces troubles de la motilité pourraient en imposer de prime abord, car ils ressemblent singulièrement à ceux de la paralysie générale. Il est aisé cependant de s'assurer qu'il ne s'agit que d'un tremblement *émotif*. Rien, ni dans la marche de la maladie, ni dans l'enchaînement des symptômes, n'autorise

à songer à une paralysie générale : c'est bien d'une folie à double forme qu'il s'agit.

Obs. IV. — Ce malade ressemble beaucoup au précédent, sauf cependant que les périodes de dépression et d'excitation ne sont plus actuellement aussi nettement tranchées. S... a aujourd'hui soixante-quatre ans ; c'est un ancien employé des postes, qui est à Charenton depuis le mois d'avril 1857 ; antérieurement il avait fait un séjour de quelques mois dans la maison de santé de Brienne de Boismont, qui l'avait considéré comme atteint de démence commençante avec symptômes de paralysie.

Tel fut aussi l'avis de M. Calmeil qui, dans un certificat très détaillé daté du 7 mai 1858, conclut ainsi : « S... semble incurable et menacé de paralysie générale. »

Le malade appartient à une famille d'aliénés ; les premiers symptômes de folie se manifestèrent chez lui à l'âge de vingt-six ans, et il ne s'en est jamais complètement guéri. Il s'est cru doué d'un talent extraordinaire pour la peinture, et se figurait que ses tableaux allaient lui rapporter des sommes considérables. Encore aujourd'hui les murs de sa chambre sont tapissés d'affreux barbouillages qu'il montre avec une satisfaction visible, et auxquels il n'a cessé d'attribuer une grande valeur. Aussi se laissait-il entraîner à des dépenses hors de proportion avec ses modestes ressources, et il ne se faisait aucun scrupule de puiser dans la bourse de sa sœur, qui gagnait péniblement sa vie en donnant des leçons. Ses idées de grandeur ne se bornaient pas à la peinture : il faisait chaque jour des découvertes et des projets qu'il communiquait aux différents ministres, et pour lesquels il demandait des récompenses. S'imaginant qu'il descendait d'une famille illustre, il s'intitulait *baron de Bouillon*, et réclamait à l'Etat une somme de plusieurs millions qu'il croyait lui être dus en échange des biens dont sa famille avait été spoliée lors de la Révolution.

Depuis qu'il est à Charenton, il est chargé de la surveillance de la bibliothèque, fonction dont il s'acquitte très bien, mais dont il s'exagère singulièrement l'importance, car il croit être l'un des principaux fonctionnaires de la maison, et il veut être traité en conséquence. De là, d'incessantes réclamations et une tendance à se croire la victime de tous ceux qui ont autorité sur lui. S... est très irritable ; à la moindre contradiction, il s'anime, s'emporte. Aussitôt la voix tremble, la parole s'embarrasse, toute sa personne est atteinte d'un frémissement convulsif. Ce tremblement se manifeste également dans ses écrits.

Il est clair que, chez ce malade comme chez le précédent, l'idée de paralysie générale a dû se présenter tout naturellement, dès que l'on a constaté le délire ambitieux joint au tremblement dont je viens de parler.

Mais peut-on supposer une paralysie qui durerait depuis vingt-six ans au moins, sans que l'intelligence ait faibli, sans que la santé se soit altérée ? Comprend-on un paralytique capable d'un travail suivi, comme celui de diriger une bibliothèque ? Pour moi, je ne vois ici qu'une folie héréditaire, et le tremblement n'est qu'un tremblement émotif.

(A suivre.)

---



---

DU

# ROLE DE L'HÉRÉDITÉ NERVEUSE

DANS LA GENÈSE DE

## L'ATAXIE LOCOMOTRICE PROGRESSIVE

Par MM. L. LANDOUZY et G. BALLEZ

Communication faite par M. G. BALLEZ, à la Société médico-psychologique dans la séance du 10 décembre 1883.

---

MESSIEURS,

Dans un livre récent, qui a eu un légitime retentissement, M. le professeur Fournier, faisant allusion à l'étiologie du tabes dorsal, écrivait ce qui suit : « Pour l'énorme majorité des cas, l'ataxie locomotrice constitue une manifestation de provenance syphilitique. »

Si cette proposition exprimait la vérité, la communication que nous avons l'honneur de faire pourrait paraître ici déplacée. Ni les maladies infectieuses, ni les affections locales de la moëlle ne figurent, en effet, au nombre des sujets qui font l'objet de vos préoccupations habituelles. Mais, à notre avis, la cause dominante du tabes doit être cherchée autre part que dans l'infection syphilitique : cette cause dominante est pour nous celle-là même qui tient une si grande place dans l'étiologie des affections mentales, c'est la *prédisposition nerveuse héréditaire*. Nos recherches, en effet, nous ont conduit à admettre que ce n'est pas seulement par la nature de ses symptômes et le siège de ses lésions que la maladie de Duchenne appartient à la grande fa-

mille des affections du système nerveux, mais aussi par ses accointances, par sa parenté, par sa filiation. Fille, mère ou sœur, l'ataxie est proche parente des vésanies, de l'hystérie, de la paralysie générale, du mal comitial. A quelques égards elle est donc bien chez elle à la Société médico-psychologique.

Il y a peu de temps que l'attention des neuro-pathologistes s'est concentrée sur la recherche des causes productrices du tabes. Certes, ce n'est pas que les auteurs depuis vingt ans aient dédaigné de relever au passage les conditions vicieuses, héréditaires, hygiéniques ou pathologiques, qui leur semblaient jouer un rôle, prépondérant ou effacé, dans la genèse de l'affection. Pour se convaincre du contraire, il suffirait de parcourir les ouvrages de Duchenne, de Schultze, de Leyden, de Rosenthal, de Jaccoud, de Vulpian, de Erb, et les autres où l'étiologie de l'ataxie trouve sa place, mais une place quelque peu restreinte. C'est qu'en effet, avant de chercher à préciser le comment et le pourquoi du tabes, il était nécessaire d'en bien étudier les symptômes, les formes cliniques variées, habituelles ou anormales, d'en déterminer avec exactitude les lésions. Œuvre longue et laborieuse à laquelle surtout ont été consacrés les travaux de ces vingt dernières années. Le problème étiologique n'a été réellement mis à l'ordre du jour et n'a fortement sollicité l'attention médicale que du moment où M. Fournier revendiqua pour la vérole une place considérable, presque exclusive, parmi les causes du tabes. L'opinion de l'éminent professeur de l'hôpital Saint-Louis paraît avoir eu la bonne fortune de recruter plus d'adhérents qu'elle n'a soulevé d'adversaires. L'on n'a pas oublié qu'au dernier congrès de Londres, M. Erb se prononçait nettement dans le sens de M. Fournier.

Est-ce à dire que les prétentions de la syphilis aient été reconnues et acceptées sans conteste ? Non, sans doute, M. Charcot notamment a, dès le début, résolument pris

place parmi les opposants à la doctrine, et dans son enseignement de la Salpêtrière il s'est attaché à faire ressortir le rôle prépondérant, à son sens, de l'hérédité. Mais, quelque important que soit ce rôle, il restait à établir sur des arguments décisifs. L'hérédité avait à faire ses preuves, comme la syphilis prétendait avoir fait les siennes; elle avait comme la syphilis à appeler à son aide les chiffres et la statistique. Vous allez avoir à juger, messieurs, si cette lacune a été comblée.

I.—Lorsqu'il y a un peu plus d'un an, l'Académie de médecine, préoccupée du problème qui venait d'être soulevé, eut choisi pour sujet du prix Civrieux les « Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice progressive », M. Landouzy et moi nous mîmes à l'œuvre. Nous nous attachâmes à recueillir le plus possible d'observations de tabes, à fouiller ces observations sans parti pris et sans aucune idée préconçue au point de vue spécial de l'étiologie. Convaincus avec MM. Gowers et Fournier, qu'il n'y avait rien de bien démonstratif à inférer des observations anciennes, nous avons systématiquement laissé de côté les faits nombreux pourtant, que nous eussions pu relever dans la littérature médicale, et nous avons résolu de ne produire au procès que des observations inédites. Secondés par les circonstances, nous nous trouvions placés dans des conditions telles qu'il nous a été possible de recueillir un nombre imposant de cas nouveaux. Notre statistique actuelle, en effet, ne compte pas moins de cent trente-huit faits. C'est assez dire qu'elle peut être mise en parallèle avec celles moins nombreuses de MM. Erb et Fournier. Sur les cent trente-huit malades que comprend cette statistique, il n'en est pas plus de dix ou douze qui n'aient été observés et interrogés directement par nous-mêmes. Tous ont été d'ailleurs soigneusement examinés au point de vue des causes multiples susceptibles de jouer un rôle dans l'étiologie du tabes (syphilis

et hérédité en premier lieu, froid, excès, maladies infectieuses, dystrophies, etc.).

Or, voici au point de vue de l'influence comparée de l'hérédité et de la syphilis, les enseignements qui ressortent de la comparaison brutale des chiffres :

1 <sup>re</sup> statistique 401 cas	{	Pas de cause connue, ou causes autres que la syphilis et l'hérédité. . . . .	31
		Syphilis certaine . . . . .	44
		Syphilis probable ou possible. . . . .	41
		Hérédité nerveuse positive . . . . .	47
		Hérédité probable. . . . .	7

Dans quatre des cas de la précédente statistique, nous avons constaté la combinaison des deux éléments étiologiques (hérédité et syphilis). Trois de ces cas figurent dans les chiffres ci-dessus à l'actif de la syphilis; un seul a été mis à l'actif de l'hérédité, parce que chez ce dernier malade les antécédents héréditaires étaient non seulement nets mais multiples.

2 <sup>e</sup> statistique 37 cas	{	Pas de causes connues. . . . .	9
		Syphilis. . . . .	40
		Hérédité . . . . .	42
		Hérédité et syphilis combinées . . . . .	6
Total des deux statistiques 438 cas	{	Pas de cause certaine. . . . .	61
		Syphilis seule certaine . . . . .	24
		Hérédité nerveuse seule. . . . .	28
		Syphilis et hérédité combinées. . . . .	7
		Syphilis certaine, hérédité probable. . . . .	3

En tenant compte des cas de syphilis et d'hérédité probable, nous avons comme total :

Hérédité 45  
Syphilis 47

Nous voici bien loin, en ce qui concerne la syphilis, des chiffres de M. Fournier (94 p. 403) et de M. Erb (88 p. 400). Nous nous rapprochons au contraire de la statistique de Westphal (14 p. 400).

Ces chiffres sont éloquentes en eux-mêmes. Mais ils le deviennent davantage encore, si l'on veut bien réfléchir aux conditions dans lesquelles ils ont été recueillis. S'ils sont vicieux, en effet, ils le sont au profit de la syphilis et au détriment de l'hérédité. Nous n'avons, en effet, noté cette dernière cause comme réelle que dans les cas où les renseignements fournis étaient suffisamment positifs pour que les antécédents nerveux héréditaires des malades fussent indéniables. Il nous est, au contraire, arrivé plus d'une fois de mettre à l'actif de la syphilis des faits dans lesquels celle-ci était au moins douteuse. Il nous a suffi, par exemple, pour taxer tel malade de syphilitique, que celui-ci nous dit avoir eu autrefois un ou *des* chancres quelquefois accompagnés de bubons suppurés, sans retrouver d'ailleurs aucune trace d'antécédents secondaires ou tertiaires. Nous n'avons pas perdu de vue qu'au dire des partisans de l'origine spécifique du tabes, ce sont les syphilis bénignes qui engendrent de préférence la maladie. Et nous avons ainsi tenu à nous placer dans des conditions telles que notre statistique ne pût être récusée sous aucun prétexte.

On ne manquera pas d'objecter qu'il est souvent très difficile de retrouver, à plusieurs années de distance, les indices d'une syphilis antérieure et on pourrait être tenté de mettre à l'actif de la vérole au moins un certain nombre des cas qui figurent dans nos tableaux sous la rubrique : pas de cause connue. Nous n'ignorons pas que la syphilis peut passer inaperçue du malade et par conséquent du médecin.

Mais si les renseignements fournis par les intéressés sont à cet égard souvent fautifs, ceux qui concernent les antécédents héréditaires le sont bien plus encore. Nous n'apprendrions rien à personne en citant par exemple le cas de telle malade, exempte absolument de toute parenté nerveuse, au dire de son frère et de son mari, gens intelli-

gents et instruits, et que des circonstances nous démontraient, quelque temps après, être cousine germaine d'une aliénée mélancolique et sœur aînée d'une hystéro-épileptique.

Nous n'avons pas besoin, pensons-nous, ayant l'honneur de parler devant des médecins aliénistes, d'insister davantage sur la difficulté presque constante que l'on éprouve à obtenir des malades des renseignements quelque peu précis sur leurs antécédents de famille.

Si l'on réfléchit d'autre part qu'une syphilis antérieure laisse quelquefois après elle des stigmates, que l'hérédité ne se peut, au contraire, dépister que par les seules informations qu'on nous livre, on n'hésitera pas à admettre avec nous que si notre statistique est en défaut, si elle pèche par omission en ce qui regarde la vérole, elle doit pécher bien davantage en ce qui touche l'hérédité.

Toute vicieuse qu'elle puisse être, elle reste démonstrative et nous pouvons résumer en deux mots les enseignements qui en découlent : en faisant la part belle à la syphilis, la part faible à l'hérédité, les cas d'ataxie héréditaire restent plus nombreux que ceux d'ataxie syphilitique.

Est-on en droit, après cela, de dire avec M. le professeur Fournier, que l'hérédité constitue une simple prédisposition de nature à favoriser la localisation de la syphilis sur la moelle ? Nous vous demandons de faire, vous-mêmes, la réponse à la question.

II. — D'ailleurs, messieurs, on peut invoquer en faveur de l'origine héréditaire du tabes des arguments d'un autre ordre que ceux fournis par la statistique. Il existe, en effet, dans la littérature médicale des observations qui, par elles-mêmes et prises isolément, sont assez significatives pour démontrer l'influence de la prédisposition nerveuse en matière d'ataxie locomotrice. Nous vous rappellerons seulement quelques-unes de ces observations. Trousseau,

par exemple, a rapporté la suivante : Un grand-père se suicide, le père est ataxique, les deux fils sont ataxiques. M. Carré en a recueilli une qui est décisive entre toutes : c'est celle d'une famille dans laquelle, durant trois générations, il n'y eut pas moins de dix-huit ataxiques : grand-mère ataxique, mère ataxique, sept fils sur douze ataxiques. Voilà pour la lignée directe. Quant à la lignée collatérale, la grand-mère a huit proches parents eux aussi affectés de tabes. De l'un de ces parents naît un fils lui-même tabétique. Peut-on sérieusement prétendre, en présence de cas de cet ordre, que la cause de la lésion spinale doive être cherchée ailleurs que dans l'hérédité?

III. — Enfin, messieurs, nous croyons devoir signaler à votre attention certaines coïncidences pathologiques, qui ne sont pas, tant s'en faut, exceptionnelles chez les ataxiques, et viennent, elles aussi, militer en faveur de la thèse que nous soutenons. Nous faisons allusion à la combinaison possible chez le même malade de l'ataxie locomotrice progressive et d'une autre affection nerveuse, hystérie, vésanie ou maladie mentale quelconque.

Nous pourrions rappeler tout d'abord la coïncidence fréquente des symptômes tabétiques et des troubles psychiques de la paralysie générale. Toutefois, pour ne produire aux débats que des arguments irrécusables, nous laisserons de côté l'encéphalite interstitielle. Car, d'une part, on pourrait soutenir que les lésions de la paralysie générale, lorsqu'elles se manifestent en même temps que celles de l'ataxie, sont le résultat de la diffusion de ces dernières à l'encéphale, et que, par conséquent, paralysie générale et ataxie ne sont pas deux affections distinctes nées sous l'influence d'une cause commune, mais constituent une seule et même maladie. D'autre part, il n'est pas certain que les lésions spinales dans les cas de cette nature soient bien celles de la sclérose systématique des cordons

postérieurs. Ces lésions semblent, en effet, être plus diffuses, moins nettement systématisées que dans les cas ordinaires d'ataxie locomotrice progressive.

Mais il est bon nombre de troubles nerveux, autres que ceux de la paralysie générale, qui viennent dans certains cas se surajouter à ceux du tabes.

Trousseau avait déjà relevé dans les antécédents de plusieurs ataxiques des manifestations névropathiques : les uns avaient eu des pertes d'urine nocturnes, d'autres étaient épileptiques.

Dans une thèse récente, M. Gruet a réuni un certain nombre d'observations dans lesquelles, au cours de l'ataxie, s'est montrée l'hypochondrie, la lypémanie, la manie, le délire des persécutions.

Que prouvent ces coïncidences, sinon que le système nerveux chez les ataxiques est frappé d'une tare qui le prédispose aux troubles les plus variés? C'est là un fait que M. Charcot a fait bien des fois ressortir dans ses leçons et qui ne saurait être sérieusement contesté.

On le voit donc, tous les éléments de démonstration s'accumulent pour établir la prédisposition nerveuse chez les tabétiques. Cette prédisposition ressort évidente de nos statistiques, elle apparaît manifeste quand on dépouille le dossier de certaines familles, elle se révèle avec éclat chez certains malheureux prédestinés, chez qui elle réalise plusieurs de ses fâcheux effets.

Nous ne voulions, messieurs, qu'indiquer à grands traits les arguments de diverse nature qui, selon nous, mettent hors de doute l'influence de cette prédisposition nerveuse dans la genèse du tabes. Aussi b'en nous attacherons-nous prochainement à présenter ces arguments avec les développements qu'ils comportent. Les brèves considérations dans lesquelles nous sommes entrés nous semblent déjà suffisantes à la démonstration de notre thèse. Que le froid, les excès, la syphilis, bien d'autres causes encore inter-



viennent à titre d'éléments plus ou moins importants dans la genèse de l'ataxie, nous ne le nions pas, loin de là ; mais toutes ces causes nous apparaissent comme accessoires.

D'après nous, la cause dominante, suffisante et peut-être nécessaire de la maladie de Duchenne, c'est l'hérédité nerveuse.

---

---

# DES VERTIGES CHEZ LES ALIÉNÉS

Par le Dr J. MILLET,  
Médecin adjoint à l'asile de Prémontré.

---

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE QUI A OBTENU LE PRIX ESQUIROL EN 1883

---

Les vertiges ont été bien étudiés par de nombreux auteurs, surtout chez les épileptiques, où ils se présentent avec des caractères qui leur donnent un intérêt tout particulier. Ils sont en effet une manifestation très fréquente et des plus importantes de l'épilepsie, alternant ordinairement avec des attaques convulsives, ils sont parfois la seule forme que revête cette maladie chez quelques personnes ; mais les vertiges épileptiques tirent surtout leur importance des impulsions irrésistibles et inconscientes, auxquelles les malades sont exposés pendant leur durée. Il n'est donc pas étonnant que cette forme de vertiges, en raison de sa fréquence et de sa gravité, ait, plus que toute autre, attiré l'attention des médecins et des légistes.

Toutefois, bien que moins communs et moins graves en général que chez les épileptiques, les vertiges se rencontrent souvent chez les autres aliénés, et si ce symptôme a été moins étudié chez ces derniers, ce n'est pas qu'il soit rare, difficile à observer ou peu important à considérer : mais ordinairement, chez les aliénés, l'attention est sollicitée

tout entière par des phénomènes plus bruyants, plus caractéristiques, qui font négliger ceux que des allures plus paisibles rendent moins frappants au premier abord.

Nous nous sommes proposé dans ce travail d'étudier les vertiges auxquels sont sujets les malades qui constituent la population des asiles d'aliénés ordinaires : notre étude, uniquement basée sur des observations personnelles, se compose des remarques qui nous ont paru découler le plus directement, soit de chacune d'elles, soit de leur ensemble. Les principaux éléments de ces observations ont été fournis par l'examen direct des malades, tant en dehors de leurs vertiges, qu'au moment où ils les éprouvaient, et par l'interrogatoire de leurs parents : cet interrogatoire, toujours utile, devenait nécessaire lorsque l'inconscience ou l'amnésie empêchait les malades de rendre compte eux-mêmes de leurs antécédents.

Nos observations ont été recueillies dans les asiles de Ville-Evrard et de Sainte-Anne pendant notre internat. Nous avons souvent pris d'utiles renseignements dans les dossiers des malades, ainsi que dans l'inépuisable collection des observations de l'asile de Ville-Evrard, à la continuation et à l'enrichissement de laquelle M. le Dr Espiau de Lamaestre, directeur actuel, veille avec tant de zèle et de sollicitude. A l'asile Sainte-Anne également, dans les services de M. le professeur Ball et de M. le Dr Bouchereau, nos maîtres vénérés, nous avons consulté avec fruit les recueils d'observations où se trouvent enregistrées avec tant de soin et d'attention la situation des malades à leur entrée, et les modifications quotidiennes survenues dans leur état.

Dans les deux asiles que nous venons de nommer, les épileptiques ne sont pas en général admis; s'il s'en trouve quelques-uns, ce n'est qu'à titre d'exception, de sorte que nous n'avons eu que des occasions assez rares d'observer des aliénés épileptiques, et que la proportion de ces derniers dans le nombre de nos malades, est beaucoup moindre

que la proportion réelle des épileptiques parmi les aliénés en général. Cette lacune relative aux épileptiques vertigineux est largement comblée par les nombreux travaux dont cette catégorie de malades a été spécialement l'objet de la part d'autres auteurs.

Les aliénés que nous avons examinés au point de vue de l'existence de vertiges sont au nombre de 640, dont 550 hommes et 60 femmes : 46 d'entre eux étaient sujets à des vertiges. C'est l'étude de ces derniers qui sert de base à ce travail.

Nous avons réparti nos malades en plusieurs séries, correspondant aux diverses formes d'aliénation dont ils étaient atteints : c'est ainsi que nous groupons ensemble d'abord les aliénés vésaniques, maniaques ou lypémaniaques. Une deuxième catégorie comprend les aliénés atteints de paralysie générale ; une troisième les alcooliques ; dans une quatrième série nous avons réuni quelques aliénés épileptiques. Enfin, un dernier groupe comprend les aliénés en démence, sujets à des vertiges, que la démence soit sénile, ou consécutive à une altération organique, telle qu'hémorragie ou ramollissement cérébral. Nous formons ainsi cinq catégories, dans lesquelles nous répartissons tous les aliénés sujets à des vertiges que nous avons rencontrés. Quelques-uns de nos malades auraient certainement pu être placés presque indifféremment dans plusieurs séries, à chacune desquelles ils se rattachaient par certains côtés ; nous les avons dans ce cas rangés dans la division avec laquelle ils nous ont paru avoir le plus de rapport, en tenant compte de l'ensemble des symptômes qu'ils présentaient.

#### I. — DES VERTIGES CHEZ LES VÉSANIQUES.

Obs. I. — L... (Joséphine), trente-six ans, cuisinière, a été sujette pendant plus de six mois à des vertiges accompagnés de céphalalgie, qui se renouvelaient tous les deux ou trois

jours : la tête lui tournait, elle se sentait défaillir, mais n'a jamais perdu connaissance ; pendant ce temps elle tombait peu à peu dans un accès de lypémanie avec hallucinations de la vue et de l'ouïe, frayeurs imaginaires, craintes d'empoisonnement, tendance au suicide ; et depuis six mois qu'elle est séquestrée, ce délire s'est peu modifié : les vertiges qui n'étaient que les premiers symptômes de la maladie ont disparu à mesure que l'état lypémanique s'est développé plus complètement.

Obs. II. — T... (François), quarante-neuf ans, sculpteur, est en proie, depuis au moins une dizaine d'années, au délire des persécutions avec hallucinations de la vue, de l'ouïe, de sensibilité générale, et interprétations délirantes. Depuis longtemps aussi, « on lui donne des vertiges, » suivant son expression, avec ou sans perte de connaissance, qui se renouvellent en moyenne tous les mois ou tous les deux mois, et dont il conserve ordinairement le souvenir. Ces vertiges ne paraissent pas avoir d'influence bien évidente sur ses idées délirantes, si ce n'est de servir de prétexte, comme toute autre chose, à de fausses interprétations.

Obs. III. — G..., quarante-quatre ans, cordonnier, est sujet depuis quatre ans à des vertiges, sous l'influence desquels il lui arrive parfois de commettre des actions ou de faire des démarches inconscientes, de s'égarer dans la rue et d'être obsédé d'idées fixes irrésistibles. Un jour, il est poursuivi, depuis le matin en se rendant à l'atelier, de l'idée d'écrire son nom sur un soulier avec son tranchet : il lutte contre cette idée pendant deux heures, et au moment où il veut la mettre à exécution, la tête lui tourne, sa vue s'obscurcit, il commence à trembler de tout son corps, et est obligé de se coucher ; ce n'est que deux heures après qu'il se remet, et peut nous dire ce qu'il vient d'éprouver. Sauf cette idée fixe, il est sujet à des vertiges semblables tous les deux mois environ. Depuis deux ans, il nourrit en outre des idées de

persécution, et présente un affaiblissement notable des facultés intellectuelles.

Quatre autres de nos malades sujets à des vertiges étaient, comme les précédents, atteints de vésanie.

On voit, par le petit nombre de cas dont se compose cette première série, que le vertige est un accident très rare dans les différentes formes de vésanies.

Nous n'avons pas rencontré un seul cas bien établi de manie franche, aiguë ou chronique, accompagnée de vertiges. Chez un de nos malades sujet à des vertiges, le diagnostic demeurait indécis, après plus d'une année de séquestration, entre la manie et la paralysie générale.

Mais si les vertiges sont très rares ou douteux dans la manie, on les rencontre assez souvent associés à différentes formes de lypémanie, surtout à la mélancolie anxieuse, et quelquefois au délire des persécutions. Ils apparaissent lorsque prédominent une dépression profonde, une tendance à la stupeur et au mutisme, avec frayeurs imaginaires et hallucinations terrifiantes de la vue. On note souvent dans ce cas, chez les malades au début de l'affection, un état vertigineux permanent, sous l'influence duquel ils agissent inconsciemment, marchent au hasard dans les rues, et s'égarerent. Quelquefois, en sortant de cet état, qui peut durer des heures entières, et se répéter à plusieurs reprises pendant une journée, les malades ne savent pas du tout ce qui vient de se passer, ou bien ils n'en ont qu'une conscience très incomplète : ils craignent d'avoir commis quelque mauvaise action, et demandent, en revenant à eux, s'ils n'ont point essayé de faire du mal. Cet état vertigineux fait place parfois, sous l'influence d'une émotion et d'un effort, à des vertiges véritables et complets, avec chute et perte de connaissance, suivis d'inconscience totale et d'amnésie absolue. On resterait dans une ignorance complète de ces accidents, si on n'avait que les renseignements fournis par

le malade pour les connaître; et, tandis que dans leurs discours on les entend sans cesse revenir sur leurs idées mélancoliques, leurs frayeurs, leurs hallucinations, ils ne se rappellent aucunement ce qui leur est arrivé pendant qu'ils étaient en état de vertige : si on leur en parle, ils disent qu'ils ne s'en souviennent pas, ou opposent au récit-qu'on leur fait les dénégations les plus formelles.

Les aliénés atteints du délire des persécutions conservent plus souvent le souvenir de leurs vertiges : ces accidents sont alors associés dans leur esprit aux autres tourments imaginaires dont ils sont victimes, et servent d'aliment à leur délire, et de prétexte, comme toute autre circonstance, à leurs récriminations et à leurs plaintes incessantes (obs. II). Quelquefois encore ces vertiges sont des accidents isolés, que les persécutés apprécient à leur juste valeur, auxquels ils attachent peu d'importance, et qui, en tout cas, d'après leurs discours, ne paraissent pas avoir dans leur esprit de relations bien étroites avec leur délire (obs. III).

## II. — DES VERTIGES CHEZ LES PARALYTIQUES GÉNÉRAUX.

Obs. IV. — B... trente-deux ans, artiste saltimbanque, a éprouvé pendant quinze mois des vertiges qui revenaient au moins tous les deux ou trois jours, et dont il rendait compte à sa manière, en disant qu'on le faisait danser, ce qui l'étourdissait, et l'obligeait à s'asseoir quelques minutes. Depuis le même temps il présente des idées hypochondriaques, disant qu'il a deux têtes, qu'on le fait tout petit, qu'on lui change ses os, qu'on lui nettoie le corps à l'électricité, etc. C'est alors seulement qu'apparaissent les symptômes physiques d'une paralysie générale confirmée. Plus tard, et depuis deux mois, les hallucinations et le délire hypochondriaque persistant avec autant de vivacité que jamais, les accidents vertigineux ont disparu à mesure que la démence a fait des progrès.

Obs. V. — P... Firmin, trente-neuf ans, employé d'octroi, a éprouvé pendant deux années des vertiges avec ou sans perte de connaissance, durant environ un quart d'heure et revenant tous les quinze jours ou tous les mois, et suivis quelquefois d'agitation maniaque ou d'actes délirants : un jour, il fait arrêter dans la rue une dame qu'il ne connaît pas, en l'accusant d'être voleuse ; d'autres fois, il se livrait à de folles dépenses, prenait une loge à l'Opéra, etc., ou bien sortait dans la rue à peine vêtu, et s'y livrait à des actes désordonnés. Ce n'est qu'au bout de ce temps, et plus d'un an après sa séquestration, qu'apparaissent des signes suffisants d'une paralysie générale, qui se développe ensuite lentement et sans présenter dans son cours d'accidents vertigineux ou congestifs semblables à ceux qui en ont signalé le début.

Obs. VI. — J... (Louis), trente-six ans, lithographe, éprouve souvent le matin, depuis 1878, un malaise indéfinissable, la tête lui tourne comme s'il était au bord d'un précipice profond ; si ce malaise le prend dans la rue, il est obligé de s'asseoir quelques instants, et deux fois il a perdu connaissance. Il est séquestré en août 1881, et présente alors de l'affaiblissement intellectuel et des idées hypochondriaques : il croit s'être empoisonné en rongant ses ongles, il trouve que ses cheveux ont blanchi, etc., il a aussi des vertiges surtout sur le soir, et marche en titubant, comme s'il venait, dit-il, de tourner plusieurs fois sur lui-même. En janvier 1882 seulement, il n'éprouve plus de vertiges, mais la déchéance de ses facultés intellectuelles, les idées puériles de grandeur et l'apparition de signes physiques démontrent l'existence d'une paralysie générale.

Sur le nombre total des malades que nous avons observés, nous avons encore rencontré six autres paralytiques sujets à des vertiges.

La paralysie générale s'accompagne très fréquemment



de vertiges. Ils constituent, dans cette maladie, des accidents de même ordre que les attaques congestives, dont ils peuvent être regardés comme une forme ordinairement plus bénigne, en tout cas moins bruyante. On rencontre tous les degrés intermédiaires entre un simple étourdissement très passager, qui n'empêche pas le malade de continuer son travail, et les grandes attaques convulsives ou apoplectiques suivies d'hébétude et de coma pendant plusieurs jours. Il est remarquable toutefois que les vertiges s'observent aussi bien dans les formes dépressives de la paralysie générale, avec idées tristes et délire hypochondriaque (obs. IV et VI), que dans les formes expansives, avec agitation et idées délirantes de satisfaction, tandis que les attaques congestives plus violentes sont surtout le propre des formes expansives de la maladie, et ne se montrent que rarement dans les formes dépressives.

Les vertiges que l'on observe dans la paralysie générale sont ordinairement de courte durée : parfois, c'est un simple malaise très passager, ne laissant pas à l'individu le temps de tomber ni de s'asseoir ; d'autres fois, le malade s'assied quelques minutes au lieu où il se trouve.

Souvent les paralytiques ont conscience des vertiges qu'ils éprouvent au début de leur maladie ; ils en conservent le souvenir, et comparent quelquefois spontanément la sensation qu'ils éprouvent à celle qu'on ressent en regardant en bas d'un lieu élevé.

Les vertiges des paralytiques ne s'accompagnent généralement pas d'actes inconscients et automatiques, comme ceux des épileptiques. Les paralytiques sont, il est vrai, exposés à commettre des actes délictueux, surtout des vols d'objets de peu d'importance, qu'ils trouvent sous leur main ; mais alors ils agissent avec une certaine conscience de leurs actes, et cherchent à les expliquer : ils croient, sous l'influence de leurs idées délirantes de grandeur, que ces objets leur appartiennent, ou qu'ils ont bien le moyen

de les payer; ils ne sont nullement en état de vertige lorsqu'ils commettent ces actions. Ils diffèrent totalement en cela des épileptiques, qui ne sont ordinairement dangereux que pendant leurs vertiges, et qui n'ont pas conscience, et ne conservent pas le souvenir des actions qu'ils commettent sous leur influence.

Les vertiges ne se montrent pas avec une égale fréquence à toutes les périodes de la paralysie générale. Ils sont surtout communs au début de la maladie; ils coïncident alors ou alternent avec d'autres formes de congestion dont ils ne sont qu'une manifestation : ils accompagnent souvent l'excitation maniaque avec prédominance d'idées ambitieuses, ou les sensations hypochondriaques qui annoncent l'invasion de la maladie. Ils deviennent plus rares et disparaissent ensuite peu à peu, à mesure que se montrent les signes de démence et les symptômes physiques de la paralysie. Ils peuvent d'ailleurs précéder d'assez longtemps l'apparition des signes de la maladie confirmée : c'est ainsi que nous les voyons exister pendant deux années dans l'observation V, et pendant quatre ans dans l'observation VI, avant l'apparition des signes certains de la paralysie générale dont ils étaient les premières manifestations.

### III. — DES VERTIGES CHEZ LES ALCOOLIQUES.

Obs. VII. — V .., trente-cinq ans, serrurier, fait des excès de boisson depuis l'âge de vingt ans, absorbant chaque jour deux ou trois litres de vin, trois ou quatre verres d'absinthe ou d'eau-de-vie, et s'enivrant plus complètement au moins tous les quinze jours. Depuis quatre ans, il éprouvait tous les deux ou trois jours, surtout le matin, des vertiges de cinq à dix minutes de durée : il avait ordinairement le temps de s'asseoir pour se remettre; il est cependant tombé deux ou trois fois sans perdre connaissance. Après quatre ou cinq jours d'excès continus, son

agitation, ses cauchemars, ses hallucinations l'on fait séquestrer. Depuis un mois qu'il est à l'asile, V... n'a plus éprouvé de vertiges, mais il entend encore quelquefois des voix menaçantes venant de l'autre côté de la rue.

OBS. VIII. — M..., cinquante-deux ans, cultivateur, a commencé à faire des excès de boisson à l'âge de trente-cinq ans. Au bout de trois années, il éprouve pendant deux ans de la céphalalgie et des vertiges, qui, revenant tous les deux ou trois jours, l'obligent à s'asseoir quelques minutes chaque fois. Puis des hallucinations et du délire le font séquestrer pour deux ans. Rendu à la liberté, il recommence ses excès : les vertiges et les hallucinations reparaissent, et au bout d'un mois il est séquestré pour cinq ans. Quinze jours après cette deuxième entrée, tous ces accidents ont disparu et il commence à travailler. Rendu une deuxième fois à la liberté, il essaie d'être sobre; mais après trois années, le retour des mêmes habitudes ramène les vertiges, les hallucinations et les cauchemars, qui ont motivé sa séquestration actuelle. Mais cette fois les vertiges n'ont disparu qu'après deux mois; ses facultés intellectuelles sont très affaiblies, et après deux ans de séquestration et de sobriété, il a encore des idées délirantes et croit à la réalité de ses anciennes hallucinations.

OBS. IX. — G..., quarante-huit ans, peintre en bâtiments, fait des excès alcooliques variés depuis l'âge de vingt ans. Depuis l'âge de trente et un ans, il a dû cesser de monter sur les couverts parce qu'il avait des vertiges, la tête lui tournait et il craignait de tomber; dès lors il a toujours éprouvé des étourdissements s'accompagnant de malaise, de pâleur de la face, l'obligeant à s'asseoir chaque fois pendant quelques minutes, et revenant tous les quinze ou vingt jours. Depuis seize ans, c'est-à-dire depuis un an après le début de ses vertiges, il a commencé à déraisonner, prétendant que sa femme avait des amoureux, visitant sa maison pour les trouver, ou bien refusant de rentrer chez lui par

crainte des sergents de ville qu'il y croyait cachés, etc. C'était au moment où il éprouvait ses vertiges, c'est-à-dire ordinairement vers onze heures du matin, que ses idées délirantes et ses persécutions contre sa femme étaient le plus accentuées. Il s'est fait arrêter il y a quatre mois, en allant dénoncer au commissaire de police la présence des voleurs dans sa maison. Depuis quelques jours après sa séquestration, il n'a plus éprouvé de vertiges, mais il est encore halluciné, prétend avoir été proclamé chef des bonapartistes, etc.

OBS. X. — C... (Henry), quarante ans, manouvrier, fait depuis nombre d'années des excès de boisson et s'enivre deux ou trois fois par semaine. Depuis huit mois, il éprouve de la céphalalgie, de l'insomnie, des hallucinations et des étourdissements qui, d'abord rares et légers, ont fait place à des vertiges revenant tous les deux jours et sous l'influence desquels il tombe sans connaissance au lieu où il se trouve. Enfin, depuis un mois, il éprouve des attaques beaucoup plus fortes, avec convulsions, durant quelquefois une heure, suivies d'un sommeil profond, puis d'hébétude, de paroles délirantes et d'actes de violence, dont le malade n'a pas conscience. Il est séquestré. Pendant les deux premiers mois, il n'a plus d'attaque convulsive, les vertiges disparaissent, le délire s'efface et le malade commence à travailler; mais, au bout de ce temps, il éprouve une grande attaque épileptiforme avec morsure de langue, contusions diverses, actes de violence, bris de meubles, et suivie d'une journée d'hébétude : le lendemain, il ne se souvient de rien. Deux mois après, deux nouvelles attaques convulsives dans une journée, moins fortes que la précédente.

Nous avons rencontré des vertiges chez neuf autres alcooliques aliénés.

Les vertiges sont des accidents très fréquents de l'alcoolisme soit aigu, soit chronique, et ils se manifestent sous

des aspects très divers : on peut y rencontrer tous les degrés depuis le simple étourdissement instantané, jusqu'à l'attaque d'épilepsie franche ou compliquée d'accès subintrants. On observe quelquefois la gradation et l'apparition progressive de tous ces accidents chez le même individu, lorsqu'il continue à s'adonner aux excès alcooliques (obs. X).

Quelques-uns commettent des excès de boisson pendant de longues années sans en éprouver d'accidents immédiats bien accentués, autres que de l'ivresse, des cauchemars, de la pituite ; chez d'autres, les vertiges surviennent de très bonne heure, et sont souvent la première manifestation de l'intoxication alcoolique : ils apparaissent volontiers le matin, alors que l'individu est à jeun et au lendemain d'un excès alcoolique plus marqué ; ils accompagnent souvent la pituite matinale ou alternent avec elle.

Au début, les vertiges surviennent sous l'influence de chaque excès de boisson, pour se dissiper en même temps que les fumées de l'ivresse, et les malades font quelquefois spontanément la remarque de la coïncidence de leurs vertiges avec leurs excès alcooliques ; c'est la pituite, disent-ils, qui leur occasionne ces accidents, qu'ils n'éprouvent dans aucun autre moment. Et s'ils sont de bonne heure soumis à des habitudes régulières et sobres, s'ils sont séquestrés, par exemple, ils cessent presque aussitôt d'être sujets à des vertiges, lors même que sous l'influence de la boisson ils en éprouvaient depuis plusieurs années (obs. VII).

Mais si des excès prolongés et des rechutes fréquentes ont altéré la structure des centres nerveux, et amené un affaiblissement persistant des facultés intellectuelles, les symptômes de l'alcoolisme sont beaucoup plus lents à disparaître ; les vertiges peuvent persister des semaines et des mois après la séquestration, malgré une sobriété rigoureuse, et se répéter assez fréquemment, longtemps après

que leur cause, l'alcool, a été supprimée; ils présentent alors, de même que dans ces cas les hallucinations et les idées de persécution, une ténacité qu'on n'observe pas chez les mêmes individus, à la suite de leurs premiers excès (obs VIII). Cette persistance des accidents après la suppression des excès alcooliques coïncide ordinairement avec un affaiblissement notable des facultés mentales, et un commencement de démence, que chaque nouveau vertige entretient et aggrave.

Les vertiges se manifestent quelquefois pendant plusieurs années avant l'apparition des idées délirantes de persécution et les hallucinations terrifiantes de la vue. Ces derniers symptômes présentent parfois une recrudescence notable d'intensité, lorsque surviennent des vertiges, et cette coïncidence a été notée par les parents des malades, non seulement pour les époques et les jours où ceux-ci éprouvaient des vertiges, mais même pour les heures spéciales de la journée où ces accidents étaient le plus fréquents (obs. IX). Mais si les vertiges sont plus précoces que le délire, ils disparaissent aussi beaucoup plus vite, et aussitôt leur cause éliminée, ils sont souvent supprimés du jour au lendemain, tandis que le délire et les hallucinations persistent encore plus ou moins longtemps, parfois durant plusieurs mois, avec une grande vivacité (obs. VII et IX).

Quelquefois cependant, mais plus rarement, on voit la tendance aux accidents vertigineux ou épileptiformes se prolonger pendant des mois, alors que les autres suites de l'alcoolisme, telles que céphalalgie, hallucinations, délire, ont disparu rapidement en quelques semaines. Ces accidents sont sans doute beaucoup plus rares qu'au moment des excès de boisson, mais on ne les voit pas moins revenir à intervalles variables, pendant longtemps après la cessation des excès alcooliques qui les avaient d'abord occasionnés, lors même qu'auparavant les individus n'y étaient nullement sujets (obs. X).

Les alcooliques ont ordinairement conscience des vertiges qu'ils éprouvent et des actions qu'ils commettent pendant leur durée : ils en conservent un souvenir parfois précis, plus fréquemment un peu vague. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et parfois, lorsque leur ivresse est dissipée, ils se rappellent bien les cauchemars et les hallucinations terrifiantes qui les obsédaient ; sans conserver aucun souvenir des vertiges ou des attaques qu'ils ont éprouvés, non plus que des actions qu'ils ont commises sous leur influence. Quelquefois l'alcoolique tombe dans un état vertigineux qui peut durer des journées entières, pendant lesquelles il erre à l'aventure, fait des voyages, commet des actes extravagants, dont il ne conserve ensuite aucun souvenir (obs. X).

(A suivre.)

---

# Archives cliniques

---

89

ASILE D'AUXERRE.— M. ROUSSEAU, MÉDECIN-DIRECTEUR

## Observation et autopsie d'une aphasique devenue successivement aliénée et monoplégique

SOMMAIRE. — Hémiplegie droite et aphasie. — Accès de mélancolie avec sitiphobie à la suite de violents chagrins — Monoplegie crurale avec anesthésie. — Contracture de l'avant-bras gauche. — Contracture des extrémités inférieures. — Déviation de la tête à gauche avec rotation des yeux du même côté. — Eschares. — Mort. — Autopsie. — Hémisphère gauche : foyer de ramollissement occupant le pied de la troisième frontale et le quart inférieur de la frontale ascendante. — Hémisphère droit : plaque de ramollissement sur la partie supérieure de la frontale ascendante et la moitié de la pariétale ascendante. — Cervelet : foyer de ramollissement sur l'éminence vermineuse.

Dans un mémoire sur les rapports de l'aphasie avec l'aliénation mentale inséré dans les *Annales médico-psychologiques* (année 1882, tome II), nous avons rapporté, page 397, l'observation d'une malade qui présente, à différents points de vue, un intérêt véritablement exceptionnel. Nous nous trouvons aujourd'hui en mesure, non seulement de compléter son histoire, mais encore de fournir l'explication des principaux phénomènes observés pendant la vie, au moyen des lésions constatées à l'autopsie.

M<sup>me</sup> X... est entrée dans l'établissement le 23 décembre 1877. Dix-huit mois auparavant, elle avait été frappée, à la suite d'une attaque apoplectique, d'aphasie et d'hémiplegie du côté droit. Au bout d'un an, les accidents paralytiques avaient en partie disparu sans que l'aphasie se fût modifiée. Elle était complètement lucide, s'occupait elle-même de toutes ses affaires; mais quand elle



sortait, elle se faisait accompagner d'une personne qui lui servait d'interprète.

Il y a trois mois, elle éprouve de violents chagrins, elle est surtout affectée par la mort de son frère, enlevé par une attaque qui avait produit, comme chez elle, l'aphasie et une hémiplegie. Sa raison se trouble entièrement, le délire revêt la forme lypémanique, se complique de sitio-phobie, et l'on se trouve dans l'obligation de la faire transférer dans l'asile.

Elle est plongée dans une profonde mélancolie, elle pleure, gémit, manifeste des hallucinations et des illusions, s'agite fréquemment et devient parfois agressive. Cette période aiguë n'a guère duré qu'un mois. La tranquillité rétablie, elle se montre toujours triste, son vocabulaire ne se compose que de quelques mots; en fait d'écriture, elle ne peut plus que signer son nom, quelle que soit la phrase qu'on lui dicte; sa mimique est vive et expressive, elle lit continuellement son paroissien sans qu'il soit possible de constater si elle comprend véritablement le texte qu'elle a sous les yeux.

Le 31 mars 1879, elle est frappée d'une nouvelle attaque qui détermine une monoplégie crurale gauche avec anesthésie de tout le côté correspondant.

Le 5 avril, l'avant-bras gauche se contracture, les doigts de la main se fléchissent fortement et ces différentes parties sont le siège d'une violente douleur. La fièvre s'allume, puis les troubles intellectuels ainsi que les hallucinations se réveillent avec une nouvelle intensité.

Le 9, la contracture a disparu, mais tout le corps de la malade se refroidit.

Le 20, la chaleur reparait et l'excitation est plus violente que jamais.

A la fin de ce mois, survient une certaine amélioration et les accidents diminuent progressivement, mais avec une lenteur extrême.

Mais à mesure que la santé physique se raffermirait, les facultés intellectuelles commencent à s'oblitérer et l'aphasie devient complète. Elle ne cherche plus à se faire comprendre au moyen de signes, elle abandonne la lecture et tombe dans un automatisme absolu. De temps à autre cependant, elle s'agite encore et cherche à frapper les personnes qui l'entourent.

16 janvier 1883. Cette malade s'affaiblit visiblement. Le membre inférieur gauche, où la paralysie est toujours à peu près complète, devient œdémateux.

7 février. Elle s'agite vivement pendant la nuit. Les excréments s'écoulent involontairement.

Pendant le mois de mars, l'affaissement fait de nouveaux progrès.

2 avril. Contracture des extrémités inférieures, plus accentuée à gauche qu'à droite; éruption phlycténoïde sur la région sacrée qui devient le point de départ de larges eschares; de temps à autre, déviation très accentuée de la commissure labiale gauche. Les excréments sont toujours involontaires, mais elles se font naturellement.

Les membres pelviens sont le siège de douleurs atroces. Au moindre mouvement, la figure de la malade se contracte et semble indiquer la perception d'une souffrance intolérable. On essaye de lui pratiquer quelques onctions narcotiques; mais les frictions les plus légères suffisent pour ramener les crises. Les extrémités supérieures sont beaucoup plus sensibles qu'à l'état normal.

20 avril. — Le tronc se porte instinctivement à droite, du côté de la ruelle du lit, tandis que la tête est fortement déviée à gauche, avec rotation des yeux du même côté. La main droite est œdématisée et ulcérée. Les douleurs sont moins vives, mais les forces sont épuisées, et la malade est tombée dans le dernier degré du marasme.

Le décès a eu lieu le 24 avril.

*Autopsie.*

Nous n'avons pu examiner que le cerveau.

Les parois du crâne sont épaissies et éburnées et, à son ouverture, il ne s'est écoulé qu'une faible quantité de sérosité sanguinolente.

Les méninges sont pâles, anémiées, transparentes; elles s'enlèvent avec facilité sans entraîner avec elles aucune partie de la substance cérébrale.

Le cerveau est petit, décoloré, atrophié, les circonvolutions sont cependant bien dessinées et les anfractuosités profondes. Sa consistance est diminuée, il s'étale largement sur la table où on l'examine, et il conserve l'empreinte des doigts.

Le cerveau proprement dit pèse 935 grammes.

L'hémisphère gauche pèse. : . . . . . 470 gr.

L'hémisphère droit pèse.. . . . . 465 »

Le cervelet, l'isthme, le bulbe pèsent.. . . . 435 »

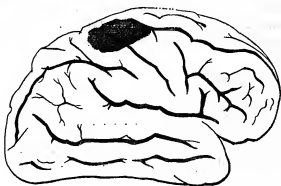
Le poids total de l'encéphale est donc de...1070 gr.

*Hémisphère gauche.* Il présente un foyer de ramollissement très ancien, de la largeur d'une pièce de deux francs en argent, et qui occupe tout le pied de la troisième circonvolution frontale et le quart inférieur de la frontale ascendante. La substance grise a été détruite dans toute son épaisseur, et réduite en bouillie. Elle a été aussi en partie résorbée, car elle ne forme plus qu'une couche excessivement mince qui recouvre la substance blanche.

*Hémisphère droit.* — On rencontre de ce côté une autre plaque de ramollissement, mais moins considérable qu'à gauche, puisqu'elle n'offre guère que le diamètre d'une pièce de un franc. Elle n'est séparée que de quelques millimètres de la scissure interhémisphérique. Elle occupe

toute l'épaisseur de la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, gagne le fond du sillon de Rolando, et détruit, à la même hauteur, exactement la moitié de la pariétale ascendante dont le tissu, qui forme la paroi postérieure du foyer, est comme taillé à pic. La matière cérébrale nécrosée s'enlève sous la seule action d'un léger filet d'eau, et l'ulcération bien détergée laisse voir au fond la substance blanche lisse, brillante et d'aspect normal.

La figure suivante indique la disposition des parties lésées en ce qui se rapporte aux deux circonvolutions ascendantes.



*Cervelet.* — La face supérieure présente tout à fait en avant, et sur l'éminence vermiciforme qu'elle déborde de chaque côté, un troisième foyer de ramollissement. Ce dernier a les dimensions d'une pièce de cinquante centimes et est tout à fait superficiel. Le tissu du reste de l'organe conserve la consistance qui lui est propre.

La protubérance, les pédoncules, le bulbe n'offrent rien de particulier; cependant ce dernier paraît plus ferme qu'à l'état normal.

*Discussion.*

L'ensemble de ces données nécroscopiques nous permet de reconstituer, avec assez de facilité, l'histoire pathologique de notre malade.

L'aphasie et l'hémiplégie droite ont été produites simultanément par la lésion de la troisième circonvolution frontale gauche; c'est la confirmation pure et simple de la loi de Broca.

D'autre part, les facultés intellectuelles étant restées intactes, notre malade se trouvait, comme toutes les personnes raisonnables, disposée à recevoir le contre-coup des mouvements émotionnels, et c'est pour ce motif que, sous l'influence de violents chagrins, elle a fini par aboutir à la folie.

La monoplégie crurale se rapporte sans aucun doute à l'altération des circonvolutions ascendantes situées de chaque côté du sillon de Rolando; mais quelle est celle des deux qui doit être incriminée et considérée comme l'auteur du délit? Or, d'après les travaux les plus récents, le centre du mouvement du membre supérieur serait localisé dans le tiers moyen de la circonvolution frontale ascendante, tandis que celui du membre inférieur résiderait dans le lobule paracentral, le tiers supérieur de la frontale ascendante et les deux tiers supérieurs de la pariétale ascendante. Hâtons-nous d'ajouter que ces dernières localisations laissent encore à désirer et exigent une étude plus approfondie, car les faits pathologiques qui leur servent de base sont relativement trop peu nombreux. Quoi qu'il en soit, l'observation que nous rapportons vient confirmer ce point de doctrine d'une façon assez remarquable. Dans le cas qui nous occupe, la lésion intéresse exclusivement les deux circonvolutions ascendantes à leur partie supérieure et le trouble fonctionnel qu'elle détermine se

résume dans la paralysie du membre inférieur du côté opposé avec hémianesthésie. L'on pourrait donc en conclure, d'après la loi précitée, que ces deux organes ont joué un rôle identique dans la pathogénie du processus paralytique et qu'aucun d'entre eux n'est censé avoir agi isolément.

La démence a commencé à apparaître après la seconde attaque de ramollissement, mais elle s'est surtout accentuée sous l'influence de la dégénérescence atrophique du cerveau, qui était à son tour la conséquence ultime de la folie chronique.

Il est évident que la terminaison fatale devait être amenée progressivement par l'intensité des troubles fonctionnels; toutefois, elle a encore été avancée par l'explosion d'une nouvelle attaque de ramollissement dans la substance du cervelet et dont les symptômes ont été caractérisés par une parésie faciale intermittente, la contracture des extrémités inférieures, une hyperesthésie des plus douloureuses, la prédominance d'action d'un côté du corps et la rotation de la tête avec déviation conjuguée des yeux dans le sens opposé.

Tout ce qui précède peut se résumer de la manière suivante :

1° L'aphasie, chez notre malade, s'est produite dans les conditions classiques par lésion de la circonvolution de Broca;

2° Cette même malade, malgré la perte du langage articulé, ayant conservé l'intégrité de ses facultés intellectuelles, a pu devenir aliénée à la suite d'émotions tristes ;

3° L'action physiologique de la partie supérieure des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, comme centre moteur du membre inférieur, se trouve confirmée ;

4° La lésion destructive et irritative du vermis supérieur reproduit les symptômes des lésions en foyer des autres

parties de l'encéphale, ainsi que ceux qui sont spéciaux au cervelet. De plus, il semble posséder en propre le pouvoir de provoquer une hyperesthésie exclusivement limitée au territoire des membres tant pelviens que thoraciques, sans que cette action puisse s'étendre au tronc ni à la tête. Ce qui revient à dire que cet organe aurait pour fonction de présider particulièrement à la sensibilité des extrémités.

## 90

ASILE DE NICE. — M. PLANAT.

### **Épilepsie partielle.**

SOMMAIRE. — Hérité : père épileptique. — Attaques épileptiques précédées d'un bruit tumultueux dans la tête. — Secousses épileptiformes dans le bras gauche, puis dans le membre inférieur gauche. — Durée des crises : 2 à 3 minutes. — Pas de perte de connaissance. — Trois ou quatre attaques par jour pendant plusieurs jours, puis disparition des crises. — Retour des attaques après plusieurs années.

M. X... était, en 1872, un homme de cinquante ans, vigoureux encore, sans précédents syphilitiques, mais affecté d'un goître assez considérable et présentant des indices non équivoques de scrofule.

Par suite des nécessités de sa profession, il montait journellement à cheval et faisait ainsi des courses fatigantes, prenant ses repas tant bien que mal, là où il pouvait, c'est-à-dire d'une façon assez irrégulière et précaire.

Au point de vue de l'hérédité, on pouvait relever à son passé des faits d'une gravité considérable. Son père était mort des suites d'une épilepsie de vieille date et entaché de scrofule. Son frère et sa sœur, morts également, portaient les stigmates d'adénite résultant de cette diathèse.

A la suite de rudes épreuves morales et l'âge arrivant, M. X... dut abandonner son état devenu désormais trop pénible, et embrassa une autre carrière où, aux courses

forcées succéda la vie de bureau, émaillée néanmoins de temps à autre de quelques occupations au dehors. Soit que cette existence quasi sédentaire, succédant tout d'un coup à celle si mouvementée d'autrefois, eût déterminé une perturbation physiologique qui s'explique ; soit que ses travaux de cabinet exigeassent une contention d'esprit au-dessus de ses aptitudes cérébrales, toujours est-il que, peu de temps après, cet homme fut pris, sans autre cause appréciable, dans le cours de l'hiver, d'accidents convulsifs aussi curieux qu'exceptionnellement rares. Notons néanmoins chez lui une particularité d'importance majeure, à savoir la présence de très fortes varices aux jambes avec inflammation de temps à autre et ulcères consécutifs. Cette affection, en lui rendant l'exercice du cheval à peu près impossible, ne fut probablement pas étrangère à son changement de position.

Or, un certain jour, au cours d'une aggravation inflammatoire de ces varices, M. X... se sentit pris d'une céphalalgie extrêmement violente, à la suite de laquelle se déclara une série de crises se répétant plusieurs fois par jour et caractérisées ainsi qu'il suit :

En premier lieu, le patient ressentait dans la tête un bruit tumultueux qu'il comparait au ronflement d'une locomotive en marche. Quelques secondes après, c'étaient des secousses épileptiformes monoplégiques, débutant toujours par le bras gauche et envahissant ensuite peu à peu le membre inférieur du même côté, mais jamais la face, ce qui est le cas le plus fréquent. Contrairement aux affirmations de F. Muller (1), un certain degré de tonicité apparaissait dans le bras au commencement de la crise. Elles duraient de deux à trois minutes sans jamais entraîner la perte ni même la plus légère obnubilation de la connais-

---

(1) *Contribution à l'épilepsie de Jackson* (Congrès international de Londres, 1884).



sance. Puis tout rentrait dans l'ordre, sans que toutelois la céphalalgie disparût complètement. Pouls à 80, température axillaire de 38°,6.

Cet état de choses se prolongea pendant une douzaine de jours, donnant lieu pendant la première huitaine à une moyenne de quatre ou cinq accès dans les vingt-quatre heures, et qui se réduisit de trois à zéro pour les quatre derniers jours.

En fait de complications autres que les ulcères précités, nous n'observons rien de notable, si ce n'est un léger état saburral qui, au début, nécessita l'emploi d'un purgatif salin. Le traitement spécial à l'affection convulsive consista en l'administration de quatre à six grammes de bromure de potassium et de l'application de sangsues aux apophyses mastoïdes. Révulsifs aux cuisses. Nous eûmes soin également d'entretenir une suppuration active sur les ulcères au moyen de cataplasmes émollients. Par suite du repos forcé auquel les jambes se trouvèrent astreintes, les plaies se cicatrisèrent lentement et cela sans provoquer une nouvelle explosion convulsive, ainsi qu'on pouvait l'appréhender.

Ce résultat obtenu, M. X... parfaitement guéri reprit ses occupations habituelles sans ressentir plus que par le passé une fâcheuse influence du travail, ne conservant plus de cet orage morbide qu'une disposition marquée aux céphalalgies.

Au moment où j'eus l'occasion d'observer ce cas intéressant, je ne connaissais pas les travaux de Bravais (1), et ceux de H. Jackson (2) n'avaient pas, si je ne me trompe, encore paru; en sorte que je dus me contenter de caractériser de *spinales*, les crises épileptiformes que je venais

---

(1) Thèse de Paris, 1827.

(2) H. Jackson, *A study on convulsion* (Congrès international de Londres, 1884).

d'observer. J'étais loin toutefois d'être bien rassuré sur l'issue de cette affection, car peu d'années auparavant, M. X... à la suite de vives contrariétés et de grands chagrins, avait éprouvé deux attaques dont je ne fus pas témoin, mais que d'après les commémoratifs, je pus considérer ou comme des crises hystéro-épileptiformes ou simplement comme de ces manifestations chroniques souvent observées dans certains raptus congestifs du cerveau. Or, les accidents antérieurs me faisaient craindre que ceux que je venais d'observer en dernier lieu ne fussent l'expression d'une lésion organique, cause commune, déjà ancienne et latente, des uns et des autres. J'avoue toutefois que le long répit de sept à huit ans, qui a suivi les dernières attaques, me fit quelque peu douter de la légitimité de mes appréhensions. J'allais même ranger dans les névroses essentielles ce cas étrange, le premier que j'avais observé jusque-là, lorsque j'appris, il y a dix-huit mois, que le malade, un peu perdu de vue, avait été repris d'accidents analogues à ceux décrits ci-dessus, mais d'une façon moins grave. Mais comme dans cet intervalle j'avais eu l'occasion de lire divers travaux relatifs à l'épilepsie partielle, et qu'avec quelque réserve j'y avais déjà rapporté le cas présent, je m'expliquai le retour des crises, et me raffermis dans mon diagnostic primitif. Des renseignements recueillis depuis cette dernière atteinte, il résulte que M. X... a récupéré l'exercice de ses fonctions, non tout à fait dans leur intégrité pourtant, car antérieurement un peu d'amnésie s'était déjà déclarée et d'une façon trop brusque pour être mise sur le compte de l'âge.

Cette observation m'a paru digne d'être publiée à plus d'un titre : 1° pour la rareté du cas ; 2° parce qu'il s'écarte sur certains points des règles ordinaires de son évolution ; 3° parce qu'il montre que l'épilepsie partielle, constamment sous la dépendance d'une lésion de la substance corticale, est susceptible de sommeiller une longue période d'années,

pour se réveiller et s'assoupir à nouveau jusqu'à survenance de phénomènes paralytiques plus ou moins sérieux : 4<sup>e</sup> enfin, parce que nous n'avons jamais noté ici les sensations douloureuses, les vertiges, les troubles moteurs et sensoriels, ainsi que les paralysies fugaces propres aux intervalles des accidents dans les affections organiques de la zone corticale motrice.

Dans le cas présent il n'y a pas lieu de s'étonner beaucoup de l'éloignement des rechutes, M. X... menant aujourd'hui au physique et au moral une vie aussi régulière et aussi exempte d'agitation, qu'elle fut autrefois douloureuse et tourmentée.

## 91

ASILE DE MARÉVILLE.—M. SIZARET, MÉDECIN EN CHEF.

### **Lypémanie chronique avec délire des négations.**

Observation recueillie par M. le Dr A. PARIS, interne du service.

SOMMAIRE. — Pas d'hérédité. — Surdité. — Idées de persécution. — Mélancolie. — Tentatives de suicide. — Semi-stupeur. — Anxiétés et idées de culpabilité. — Délire des négations. — Hallucinations de l'ouïe. — Affaiblissement intellectuel.

M... Marie-Anne, veuve B..., âgée de soixante-six ans, sans profession, entre à l'asile le 13 novembre 1879.

*Antécédents.* — Pas d'hérédité. Mère de deux enfants. Instruction très élémentaire. Caractère habituellement doux; à l'occasion, assez énergique. Santé générale ordinairement bonne; cependant M<sup>me</sup> B... a été affectée très longtemps d'otorrhée de nature scrofuleuse. Ménopause depuis 1868.

La maladie mentale a éclaté au milieu des circonstances suivantes : en 1876, l'otorrhée a disparu laissant une surdité assez prononcée. Puis M<sup>me</sup> B... a été atteinte plu-

sieurs fois d'érysipèles de la face qui semblent avoir exercé une influence favorable sur la surdité; mais, précisément au moment où celle-ci diminuait, les personnes qui entourent la malade ont remarqué l'apparition d'un trouble mental qui augmentait peu à peu et se développait tantôt à propos d'une question, tantôt à propos d'une autre. Vers la fin de juin 1879, se sont manifestées des idées de persécution qui ont occasionné plusieurs altercations entre M<sup>me</sup> B... et son fils. A la suite d'une d'elles, le 12 juillet 1879, M<sup>me</sup> B... est devenue franchement lypémaniaque; elle a fait quelques tentatives de suicide. Enfin, elle refusait tout traitement, médicamenteux ou autre.

*Etat au moment de l'entrée.* — 13 novembre 1879. M<sup>me</sup> B... est une femme de taille moyenne, constitution forte, tempérament lymphatique; son squelette est assez régulièrement développé; on ne remarque aucun vice de conformation. Les différentes fonctions de la vie organique s'effectuent normalement.

Les réponses de la malade sont rares, lentes, tardives, souvent insignifiantes; elle est plongée dans un état de semi-stupeur et s'écrie de temps en temps: « Mon Dieu, que vais-je donc devenir!... Tous les mensonges que j'ai contés!... J'ai dit qu'il (*son fils*) m'avait battue et ce n'est pas vrai! »

Interrogée sur les motifs qui la poussaient à se donner la mort, elle déclare avoir voulu se noyer ou se brûler, parce qu'elle croyait avoir un gendre peu laborieux qui la rendrait malheureuse. Mais actuellement, elle n'a ni gendre, ni enfants; elle n'a jamais été mariée, elle n'a que vingt ans, elle est tombée du ciel. « Je croyais, ajoute-t-elle, avoir été à l'école, mais ce n'est pas vrai, il n'y a pas d'écoles, pas d'instituteurs; je croyais qu'il y avait des arbres, mais il n'y en a pas. » — La volonté est notablement affaiblie; on constate chez M<sup>me</sup> B... une docilité enfantine.

*Certificat de vingt-quatre heures.* — « ... est atteinte de lypémanie avec prédominance d'idées de persécution et de suicide, affaiblissement sénile, trouble général des facultés intellectuelles et affectives. » — *Signé* : D<sup>r</sup> SIZARET.

*Certificat de quinzaine.* — 28 novembre 1879 « ... est atteinte de lypémanie avec idées de suicide, craintes multiples absurdes, sentiment de culpabilité; la malade doute de tout, est persuadée que rien n'existe plus, que les autres personnes ne sont que des ombres, etc. » — *Signé* : D<sup>r</sup> SIZARET.

*Décembre.* Même état. La malade nie l'existence de tout ce qui l'entoure, de tout ce qu'elle voit; lui présente-t-on, par exemple, une clef: « Je vois bien, dit-elle, que c'est ce qu'on appelle une clef, mais il n'y a pas de clefs; je croyais qu'il y en avait, mais ce n'est pas vrai. » Sa seule préoccupation maintenant est de savoir si on lui donnera du pain; elle mange beaucoup et a peur de mourir de faim. Elle passe toutes ses journées assise à la même place.

*Les années 1880 et 1884* n'apportent aucune modification sensible dans l'état mental de M<sup>me</sup> B...; elle prétend toujours que rien n'existe, qu'elle n'a jamais été ailleurs qu'ici; elle nie l'existence de tout, des personnes, des choses, des écrits, etc. — Tout n'est pour elle que mensonge et illusion. « Je croyais avoir des enfants, dit-elle parfois, mais je m'étais trompée... Tout ce qu'il y a dans vos livres, ce n'est rien, ce sont des mensonges. » Elle a quelquefois des hallucinations de l'ouïe; elle entend tout le monde l'appeler voleuse.

Elle est très calme, ne s'occupe pas, paraît complètement indifférente à tout ce qui se passe autour d'elle et ne demande qu'une chose, c'est qu'on lui donne à manger et qu'on ne lui fasse pas de mal.

15 mai 1883. Même état, ainsi que le montre l'interrogatoire suivant :

*Quel âge avez-vous?* — « Je n'en sais rien; le bon Dieu m'a envoyée ici et ne m'a pas dit quel âge j'avais. »

*Comment vous a-t-il envoyée ici?* — « Je ne sais pas comment, puisque je n'ai vu personne m'amener; je pense que c'est le bon Dieu qui m'a envoyée. On fait beaucoup d'inventions contre moi qui n'ai jamais rien fait; je n'ai ni père, ni mère, ni enfants. »

*Depuis combien de temps êtes-vous ici?* — « Je ne m'en souviens pas. »

*Où étiez-vous avant d'y venir?* — « Nulle part, puisque je ne connais point d'endroits; il n'y a pas de maisons. »

*Il y a cependant une maison ici?* — « Il y en a plus d'une ici, n'est-ce pas? mais il n'y en a que dans cet endroit; il n'y a pas de villes, pas de villages; ils nomment Paris, ils nomment Nancy, c'est tout quelque chose d'inventé; je ne sais comment ils font pour inventer tout ça. »

*Y a-t-il des personnes?* — « Mais c'est bien sûr, puisque nous voilà nous deux. »

*Avez-vous été mariée?* — « Mais vous savez bien que personne ne se marie, que personne n'a d'enfants. »

*Eh bien, comment vous appelez-vous?* — « Je ne sais pas mon nom; je croyais que c'était Marie-Anne, mais c'est encore un nom qu'ils m'ont donné comme ça. »

*Quels sont vos noms de famille?* — « Je n'ai connu ni père ni mère; vous n'en avez pas non plus; c'est le bon Dieu qui nous a tous créés. Tous mes noms sont des inventions de vous tous; si je m'étais mariée, puisqu'on ne meurt pas, je serais encore avec mon mari; personne ne meurt; il n'y a pas de cimetières, ni rien pour en terrer. »

*Pourquoi avez-vous essayé de vous jeter à l'eau et dans le feu?* — « Mais il n'y a pas de puits et je n'ai jamais vu de feu; ce sont encore des mensonges, des inventions de vous tous pour vous moquer de moi. »

*Pourquoi mangez-vous?* — « Parce que j'ai faim. »

*Qu'arrive-t-il quand on ne mange pas?* — « Eh bien, on  
« meurt. »

*Peut-on mourir?* — « On le dit, mais moi je n'ai jamais  
« vu personne mourir. »

*Lui montre-t-on une clef?* « On appelle ça des clefs,  
« mais jamais je n'en ai eu, puisque je n'ai pas de maison;  
« jamais je n'ai eu de portes; je n'ai jamais eu de chez  
« nous, sans cela j'y serais restée. »

*Où avez-vous passé votre jeunesse?* — « Je ne sais pas.  
« Ici probablement. »

*Où avez-vous fait votre première communion?* — « Je  
« n'ai jamais communiqué, je ne me suis jamais confessée  
« puisqu'il n'y a pas de curés. »

*Lui présente-t-on un parapluie?* « Oh! jamais je n'ai porté  
« de cela; vous mettez probablement ça, quand il tombe  
« de l'eau. »

Demande-t-on à M<sup>me</sup> B... comment il se fait qu'elle perçoit des odeurs, des saveurs, qu'elle est sensible à la douleur, qu'elle voit et entend; elle répond sans hésitation qu'elle a des oreilles, des yeux, une bouche, un nez et enfin qu'elle existe, que nous existons, mais qu'en dehors de l'asile de Maréville il n'y a absolument rien.

Nous devons ajouter que, dans ce cas, le délire des négations ne se manifeste que s'il est provoqué par un interrogatoire; sans cela, la malade reste stupide et complètement indifférente. Enfin, il ne s'étend qu'aux personnes et aux choses qui ne sont pas utiles à M<sup>me</sup> B... ou qui ne tombent pas sous ses sens.

Dans cette observation, comme dans la plupart de celles qu'a publiées M. le Dr Cotard dans son dernier mémoire, le délire des négations accompagne l'affaiblissement intellectuel.

---

---

# Législation

---

## ÉTUDE COMPARATIVE

### SUR LES

# LÉGISLATIONS ÉTRANGÈRES

EN CE QUI CONCERNE LES ALIÉNÉS TRAITÉS A DOMICILE

Par M. le Dr A. FOVILLE

---

TRAVAIL LU A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE  
dans la séance du 11 décembre 1885

---

Parmi les innovations introduites dans le nouveau projet de loi sur les aliénés, actuellement soumis à l'examen de l'Académie, une des plus importantes est l'organisation d'une surveillance spéciale à établir sur ceux de ces malades qui ne sont pas placés dans les établissements publics ou privés, spécialement consacrés au traitement des maladies mentales, et qui, malgré leur état de folie, continuent de vivre dans un domicile privé.

« Jusqu'ici, dit avec raison l'exposé des motifs, la protection de la loi était réservée aux aliénés placés dans les asiles publics ou privés. Les aliénés traités à domicile étaient privés des garanties que présentent le contrôle et la surveillance exercés par l'autorité publique. »

Le projet de loi propose d'organiser ce contrôle, d'assurer cette surveillance de la manière suivante :



« Art. 3, § 2. — Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés, toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux, jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés.

« Art. 10. — Nul ne peut soigner un aliéné dans les conditions prévues par le § 2 de l'art. 3 de la présente loi, sans qu'il en ait fait la déclaration, dans le délai d'un mois, au maire de la commune.

« Art. 11. — Les inspecteurs généraux du ministère de l'intérieur, le préfet et les personnes déléguées par lui ou par le ministre, le président du tribunal, le procureur de la République, le juge de paix, sont chargés de visiter les maisons visées par l'art. 3. Le procureur de la République pourra toujours se faire accompagner par un médecin de son choix. Le maire de la commune pourra, chaque fois qu'il le jugera convenable, procéder aux visites dont il est ci-dessus parlé. »

L'innovation, qu'il est ainsi question d'introduire dans notre législation, répond à la sollicitude de nombreux médecins et de plusieurs sociétés savantes qui ont fait remarquer, depuis longtemps, que si l'on a à redouter à l'égard des aliénés, les mauvais traitements, les négligences coupables, voire même les séquestrations abusives, ce danger existe bien plus pour ceux de ces malades qui restent dans des domiciles privés que pour ceux qui sont placés dans des établissements spéciaux.

Mais, d'autre part, ne peut-on pas objecter, avec raison, que l'autorité publique doit s'abstenir de toute ingérence inutile dans le secret de la vie privée, qu'elle doit éviter de troubler des sentiments respectables en pénétrant, de force, sans motifs bien établis, dans l'intérieur des familles?

On ne peut donc méconnaître les difficultés du problème

qui consiste à concilier ces intérêts divers, à répondre à cette double indication sans commettre d'excès de pouvoir, et sans sacrifier des malades incapables de se protéger eux-mêmes.

Les termes du nouveau projet de loi se contentent de poser, à cet égard, des principes généraux, sans entreprendre de résoudre beaucoup de questions secondaires qui devront être résolues, cependant, soit dans un règlement d'administration publique, soit, comme cela serait préférable, dans un projet de loi plus détaillé.

En effet, pour que, de la théorie générale, on puisse passer à l'application, il serait indispensable de savoir :

Quelle sera la définition légale des mots « aliénés traités à domicile » ?

De quelle manière sera constatée la maladie de ces aliénés ?

De quel moment partira le délai dans lequel devra être faite la déclaration prescrite par l'article 10 ?

Quelle suite le maire, auquel une déclaration de ce genre aura été faite, devra lui donner ?

Comment seront constatées les guérisons ou la cessation du traitement ?

De quelle manière, à quels intervalles, devront être faites les visites prescrites par l'art. 11 ?

Quel sera le caractère de ces visites, seront-elles facultatives ou obligatoires ?

A qui le résultat de ces visites devra-t-il être transmis ?

Quelle en sera la conséquence et la sanction ?

Quelles mesures, notamment, sera-t-il permis ou prescrit de prendre, s'il résulte de ces visites qu'un aliéné « traité à domicile » n'est pas soigné d'une manière convenable ?

Ces questions, dont la liste est longue, sans être complète très probablement, n'ont jamais été abordées, pratiquement, dans notre pays ; on ne saurait donc trouver les

éléments nécessaires pour les résoudre, ni dans les précédents de notre législation, ni dans les habitudes de notre jurisprudence judiciaire ou administrative.

Il faudra, par conséquent, créer de toutes pièces un système complet et dans cette œuvre, à défaut de documents français, il importera de tenir grand compte de l'expérience acquise par les nations voisines, qui nous ont précédés dans cette voie.

J'ai donc pensé qu'il ne serait pas sans intérêt de faire connaître l'état de la législation et de la pratique administrative, en ce qui concerne les *aliénés traités à domicile*, en Belgique, en Hollande, en Angleterre et en Ecosse.

Je me suis appliqué, depuis longtemps, à me familiariser avec les lois spéciales de ces différents pays, et plusieurs voyages à l'étranger, dont un tout récent, m'ont permis de connaître la manière dont elles sont appliquées ; c'est à ce double titre que j'entreprends de traiter ce sujet.

Mais il convient, d'abord, de bien en fixer les limites, afin d'éviter la confusion qui, sans cette précaution, pourrait s'attacher aux mots « *aliénés traités à domicile*. »

Tantôt, en effet, on entend par ce terme, les aliénés riches ou aisés que leurs familles conservent chez elles ou font traiter, à leurs frais, dans des domiciles privés ou dans d'autres maisons qui ne sont pas des établissements spécialement consacrés au traitement des maladies mentales, tels que les a institués la loi du 30 juin 1838.

Tantôt on désigne ainsi des aliénés indigents, que les autorités administratives ou hospitalières prennent à leur charge, et mettent en pension, aux frais de l'assistance publique, chez des nourriciers, pour qu'ils y vivent en famille, comme cela se pratique à Gheel en Belgique, dans différents villages de l'Ecosse, et, en France même, pour quelques malades seulement, dans certaines localités du département des Vosges.

Afin de ne pas confondre deux questions qui sont loin d'être identiques, je ne parlerai ici que de la première catégorie de malades, de ceux que leurs familles traitent ou font traiter à leurs frais, en dehors des asiles spéciaux publics ou privés.

En Hollande, la situation est, à très peu de chose près, la même qu'en France. C'est-à-dire que la première loi relative aux aliénés, qui date du 19 mai 1841 et qui est encore en vigueur, ne s'occupe en aucune façon des aliénés traités à domicile. Mais une nouvelle loi, préparée par le Gouvernement et actuellement soumise à l'examen des Chambres, a entrepris de combler cette lacune. Voici les mesures qu'elle propose d'adopter dans ce but :

Les aliénés internés dans leur propre famille continueront à n'être soumis à aucune surveillance de la part de l'Etat; par propre famille, la loi entend les ascendants et leurs descendants, l'époux ou l'épouse, le tuteur et le curateur.

A part cette exception, la surveillance de l'Etat doit s'étendre sur tous les aliénés, qu'ils soient ou non placés dans des établissements spéciaux (art. 2). Pour rendre cette surveillance possible, en ce qui concerne les malades traités à domicile, il est dit (art. 3) que quiconque soigne, chez lui, un aliéné, doit en donner avis au maire de la commune, dans un délai de vingt-quatre heures à partir du moment où commence la résidence de l'aliéné. Dans un délai qui est également de vingt-quatre heures, le maire qui a reçu une déclaration de ce genre doit en donner avis au procureur du roi, et aux inspecteurs du service des aliénés. Ces derniers sont des médecins, fonctionnaires de l'Etat, nommés par le roi et chargés de la surveillance à exercer sur les aliénés et sur les asiles.

Ce sont ces fonctionnaires qui sont chargés d'aller visiter les aliénés traités à domicile, et, à cet effet, ils ont le

droit de pénétrer dans les maisons où ces malades vivent ; traités les personnes chez lesquelles les aliénés sont soignés sont tenues de fournir aux inspecteurs tous les renseignements que ceux-ci pourront demander (art. 4).

Lorsqu'un inspecteur trouve qu'un aliéné, ainsi placé hors d'un asile, n'est pas convenablement soigné, il adresse des conseils ou des remontrances à la personne chargée du malade, et, lorsque celle-ci n'en tient pas compte, l'inspecteur dénonce le fait au procureur du roi (art. 5) qui a le droit et le devoir de provoquer le placement du malade dans un asile (art. 12).

Ce projet est, sous ce dernier rapport, plus complet que le projet français ; mais, comme ce dernier, il omet d'indiquer les formalités à observer pour constater l'existence de la folie, et pour faire cesser la surveillance de l'Etat, en cas de guérison du malade.

En Belgique, la première loi sur les aliénés, qui date du 18 juin 1830, contenait déjà un chapitre relatif aux « aliénés gardés dans leurs familles. » Ce chapitre, qui est le cinquième de la loi, et qui se compose d'un article unique, l'article 23, n'a subi aucune modification lors de la revision de la loi sur les aliénés effectuée en 1873-74. En voici le texte : « Nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile, ou celui de ses parents ou des personnes qui en tiennent lieu, si l'état d'aliénation mentale n'est pas constaté par deux médecins désignés, l'un par la famille ou les personnes intéressés, l'autre par le juge de paix du canton, qui s'assurera par lui-même de l'état du malade et renouvellera les visites au moins une fois par trimestre.

« Indépendamment des visites personnelles du juge de paix, ce magistrat se fera remettre trimestriellement un certificat des médecins de la famille, aussi longtemps que durera la séquestration, et fera d'ailleurs

« visiter l'aliéné par tel médecin qu'il désignera, chaque fois qu'il le jugera nécessaire. »

Le mode de surveillance prescrit par cet article de loi paraît assez complet au premier abord. Il comporte, au début, la visite personnelle du juge de paix et la concordance de deux certificats délivrés par deux médecins différents, désignés l'un par la famille, l'autre par le juge de paix. Ensuite, le malade doit être visité personnellement, chaque trimestre, par le juge de paix et par le médecin de la famille et celui-ci doit constater le degré de la maladie dans un bulletin trimestriel; enfin, le juge de paix peut toujours faire visiter le malade par un médecin de son choix. On remarquera, toutefois, que tout ce service repose sur des fonctionnaires purement locaux, sans aucune contrôle de l'administration centrale, et sans aucune sanction des prescriptions légales; rien n'indique, en effet, comment on pourra s'assurer que les juges de paix visitent, réellement, les aliénés traités à domicile dans leur canton, ni quelle procédure devra être suivie si les personnes chargées de la surveillance trouvent que l'aliéné est mal soigné et qu'il ne peut rester sans inconvénient dans cette situation.

En outre, il importerait de bien savoir quelle est la valeur légale de ces paroles: « nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile ou celui de ses parents. » Cela signifie-t-il seulement: nul aliéné ne peut rester hors d'un asile, ou bien la loi ne doit-elle s'appliquer qu'aux malades agités ou furieux que l'on est obligé de renfermer de force, de détenir tout à fait malgré eux?

Quelle que soit l'acception exacte à donner au mot « séquestrer » il semble que, dans la pratique, cet article 25 de la loi belge est resté à peu près lettre morte, et que la collocation légale d'un aliéné, dans un domicile privé, est une véritable rareté. Parmi les médecins aliénistes belges

auxquels j'ai pu demander des renseignements à cet égard, un seul m'a dit avoir provoqué, quelquefois, une mesure de ce genre; les autres m'ont paru ne pas en connaître d'exemple. Au ministère de la justice, dans le domaine duquel se trouve placé le service des aliénés, en Belgique, on reconnaît également que cet article 25 n'est que bien rarement appliqué, car une circulaire récente (mars 1883) a été adressée à tous les gouverneurs de province pour le leur rappeler et pour leur demander si les juges de paix s'acquittaient exactement des obligations qu'il leur impose; plusieurs mois après l'envoi de la circulaire, aucune réponse n'était encore parvenue au ministre.

En résumé, la loi belge a bien cherché à organiser, sur le papier, la surveillance des aliénés traités à domicile; mais les mesures prescrites à cet égard paraissent n'être exécutées que d'une manière tout à fait exceptionnelle, et, au point de vue de l'application générale, elles peuvent être presque considérées comme non avenues.

Il n'en est pas de même en Angleterre et en Ecosse, où les prescriptions légales sont formulées d'une manière plus précise et beaucoup plus détaillée, et où les précautions les plus grandes sont prises pour que la loi soit strictement exécutée.

En Angleterre, les aliénés riches ou aisés, traités dans des domiciles particuliers, appartiennent à deux classes distinctes, les aliénés déclarés tels après inquisition et les aliénés placés en vertu de certificats.

La première classe répond, d'une manière à peu près exacte, à ce que sont, chez nous, les personnes interdites. En vertu d'anciennes lois, remontant aux origines mêmes de la monarchie, la protection de la personne et des biens de ces aliénés est dans les attributions personnelles du souverain qui en délègue l'exercice au Lord Chancelier; aussi les appelle-t-on : Aliénés de la Chancellerie ou du

Lord Chancelier. Dans la pratique, les intérêts pécuniaires de ces malades sont administrés par deux fonctionnaires élevés de la Chancellerie, désignés sous le nom de *masters in lunacy*; quant à la surveillance des personnes et de la manière dont elles sont traitées, elle est confiée à d'autres fonctionnaires, les *visitors* du Lord Chancelier qui sont au nombre de trois : un avocat et deux médecins.

Les tuteurs des aliénés interdits sont libres soit de placer ceux-ci, comme pensionnaires, dans des asiles spéciaux ou chez des particuliers, soit de les laisser dans leur domicile antérieur, ou de les prendre chez eux-mêmes. En vertu des lois de 1853 et de 1862, les visiteurs étaient tenus de visiter, une fois par an, les aliénés interdits placés dans les asiles spéciaux, et, quatre fois par an, ceux qui sont traités dans un domicile particulier.

Une loi toute récente, datée du 18 août 1882, a modifié cet état de choses, et prescrit que tous les malades de cette classe fussent uniformément visités deux fois par an, quelle que soit leur résidence. Cependant, ceux qui sont traités dans des domiciles particuliers, doivent continuer à être visités quatre fois, pendant chacune des deux premières années qui suivent l'interdiction.

Un règlement de la chancellerie, en date du 12 janvier 1855, a déterminé la manière dont doivent se faire ces visites. Les visiteurs sont informés, officiellement, du montant de la fortune de chaque aliéné interdit, de la somme annuelle allouée au tuteur pour pourvoir à l'entretien du malade, et de la proportion d'après laquelle cette somme doit être approximativement répartie entre les principaux chefs de dépense. Munis de ces renseignements, les visiteurs doivent se rendre compte de la manière dont l'aliéné est traité; s'ils trouvent qu'il ne l'est pas d'une manière convenable à tous égards, que la somme allouée n'est pas complètement dépensée dans son intérêt et d'après la répartition prévue, ils doivent rédiger un



rapport qui est transmis à la Chancellerie et auquel les *masters* donnent telle suite qu'ils jugent nécessaire.

Pour faire face aux frais de protection de la personne et d'administration de la fortune des aliénés interdits, l'Etat perçoit, sur leurs revenus, un droit qui varie de 2 à 4 p. 100 de ces revenus, suivant le chiffre auquel ils s'élèvent.

Le nombre total des aliénés interdits, ou de la Chancellerie, pour l'Angleterre et le pays de Galles, est très approximativement de mille. Sur ce nombre, au 1<sup>er</sup> janvier 1883, trois cent cinquante-six étaient traités dans des domiciles privés.

Quant aux aliénés non interdits, l'Etat ne croit pas devoir s'occuper de ceux que leurs proches parents soignent eux-mêmes, sans percevoir aucun salaire pour la peine qu'ils se donnent; mais, aussitôt que les soins donnés à un aliéné deviennent une source de profit, que ce soit pour un membre de la famille ou pour un étranger, la loi ordonne que le fait soit porté à la connaissance de l'autorité publique, et celle-ci intervient pour exercer sa surveillance dans l'intérêt du malade. Voici quelles sont les prescriptions légales à cet égard.

Un particulier ne peut recevoir dans sa maison, moyennant profit, qu'un seul aliéné et il doit remplir, à cette occasion, toutes les formalités que comporte le placement d'un malade dans un asile spécial; il doit, par conséquent, exiger de la famille, une demande de placement accompagnée de deux certificats de médecin et transmettre la copie conforme de ces deux pièces au Bureau des Commissaires du service des aliénés, siégeant à Londres, dans un délai de sept jours, avec des renseignements précis sur le malade, la maison où il est reçu, le traitement dont il doit être l'objet.

Pendant toute la durée du séjour que le malade fait dans ce domicile privé, il doit être visité, une fois par quinzaine, par un médecin n'ayant aucun lien de parenté,

ni d'intérêt, avec la personne qui reçoit l'aliéné chez elle et le soigne moyennant profit. Ce médecin doit inscrire la date de chacune de ses visites, sur un livret qui est conservé à cet effet dans la maison; il doit indiquer, en même temps, l'état physique et mental du malade, et la manière dont la maison est tenue.

En outre, les Commissaires ou Inspecteurs du service des aliénés sont chargés de faire, aussi, des visites à ces malades; la loi ne spécifie pas la périodicité de ces visites, mais, dans la pratique, elles ont lieu deux fois, ou tout au moins une fois par an, et le résultat en est transmis au Bureau de Londres. Si, dans une de leurs visites, les Commissaires trouvent que l'aliéné est mal soigné, ou que son état est incompatible avec la prolongation de son séjour dans un domicile privé, ils en donnent avis au Lord Chancelier, et celui-ci a le droit de faire transférer le malade dans un asile spécial.

En cas de guérison, d'évasion ou de décès, la personne qui reçoit le malade moyennant profit est tenue de faire, au Bureau des Commissaires, des déclarations identiques à celles qui sont obligatoires pour les asiles spéciaux. La permission de ce Bureau est nécessaire pour autoriser les changements de résidence, les transferts d'un domicile à un autre, les voyages, les sorties provisoires à titre d'essai.

Les Commissaires peuvent aussi, lorsqu'ils reconnaissent qu'une visite médicale tous les quinze jours est superflue, permettre que ces visites n'aient lieu qu'à des intervalles plus éloignés et fixés par eux.

En résumé, tout aliéné non interdit qui est placé, moyennant profit, dans un domicile privé, doit y recevoir fréquemment la visite constatée par écrit d'un médecin, et la personne, qui s'est chargée de le soigner, est tenue de remplir des obligations fort analogues à celles imposées aux asiles privés proprement dits; les Inspecteurs de l'Etat viennent une ou deux fois par an se rendre compte de la situation

du malade, de la valeur des soins qui lui sont donnés, et, sur leur rapport, le Lord Chancelier peut, soit faire changer le malade de maison, soit le faire conduire dans un asile. Le domicile privé où l'aliéné est placé, moyennant profit, se trouve donc, par le fait, érigé en une sorte d'asile spécial, et soumis à une surveillance à peu près semblable à celle que l'État exerce sur ces établissements.

Au 1<sup>er</sup> janvier 1883, le nombre des aliénés traités à domicile dans ces conditions, c'est-à-dire enregistrés au bureau des Commissaires et régulièrement visités par eux, était de 348, dont 122 hommes et 196 femmes.

En Ecosse, l'organisation du service des aliénés est relativement récente, car elle ne date que de 1857; elle est plus simple, et plus fortement centralisée qu'en Angleterre; il n'y a pas plusieurs classes de malades, et tous les aliénés se trouvent placés sous la juridiction d'un même Bureau de Commissaires qui siège à Edimbourg.

Dans ce pays, les familles ont le droit de conserver chez elles, et de soigner comme elles l'entendent, leurs membres frappés d'aliénation mentale, mais seulement lorsque le traitement de ces malades ne comporte pas la nécessité de les enfermer de force dans leur maison, ou celle de leur appliquer des moyens de contrainte mécanique, et lorsque la maladie ne date pas depuis plus d'un an. Lorsqu'au contraire ces deux conditions : durée de plus d'un an et nécessité de retenir le malade, se trouvent réunies, la famille est tenue d'en faire la déclaration au bureau des Commissaires; ceux-ci inscrivent le malade sur leurs registres et le prennent sous leur surveillance.

Lorsque les Commissaires apprennent, d'une manière quelconque, qu'un aliéné gardé dans sa famille, est traité avec dureté et cruauté, ils ont le droit de pénétrer dans la maison, et s'ils reconnaissent l'exactitude des faits, ils peuvent s'adresser au Sheriff pour obtenir de lui qu'il fasse transporter le malade dans un asile spécial.

Lorsqu'un malade est placé, comme pensionnaire, moyennant profit, chez un particulier, celui-ci peut le garder et le soigner pendant six mois, sans faire de déclaration ni demander d'autorisation, à condition que le médecin traitant déclare par écrit que la maladie mentale n'est pas encore confirmée, et qu'il peut être utile, pour le rétablissement du malade, qu'il soit ainsi soigné hors de chez lui, d'une manière temporaire.

Hors ce cas, nul n'a le droit de recevoir un aliéné en pension, dans son domicile particulier, à moins d'y être autorisé, dans un délai de quinze jours à partir de l'entrée du malade, soit par une ordonnance du Sheriff, soit par une décision du Bureau des Commissaires.

En Écosse, l'interdiction est prononcée par les tribunaux ordinaires, et ceux-ci font connaître au Bureau des Commissaires, les jugements d'interdiction rendus par eux, le nom des tuteurs nommés, ainsi que le montant des ressources affectées à l'entretien et au traitement des malades interdits. Les Commissaires, ainsi avertis, étendent leur surveillance sur les malades, veillent à ce qu'ils soient bien traités et, dans le cas où ils constatent quelque mauvais emploi de l'allocation pécuniaire destinée au malade, ils en donnent avis au tribunal qui avise.

Le nombre d'aliénés traités aux frais de leurs familles, en dehors des établissements spéciaux, et dont l'existence était parvenue à la connaissance des Commissaires d'Edimbourg, par un des procédés qui viennent d'être indiqués, était au 1<sup>er</sup> janvier 1883 de 120, dont 58 étaient frappés d'interdiction.

La protection de l'Etat s'exerce uniformément à l'égard de tous ces malades de la manière suivante :

Chacun d'eux doit recevoir, dans la maison où il est soigné, des visites périodiques d'un médecin ; c'est au Bureau des Commissaires qu'il incombe de fixer le nombre et l'époque de ces visites ; habituellement, et à moins de

circonstances particulières, ils exigent qu'elles aient lieu quatre fois par an, une fois par trimestre. Le médecin traitant doit mentionner la date de chacune de ses visites sur un livret spécial et nominatif, qui reste toujours dans la maison; il indique en même temps, sur ce livret, l'état mental et physique du malade au moment de l'examen.

En outre, les Commissaires (qui sont tous des médecins) doivent visiter chacun de ces malades une fois au moins par an. Ils examinent, alors, le livret nominatif pour s'assurer que les visites trimestrielles du médecin traitant sont faites et inscrites d'une manière régulière; ils visent, eux-mêmes, ce livret pour indiquer leur passage et ils y inscrivent leurs observations; enfin ils adressent au Bureau d'Edimbourg, sur chaque malade visité, un rapport individuel où ils font connaître les recommandations qui leur paraissent bonnes à faire. Après avoir pris connaissance de ces rapports, le Bureau envoie à la personne qui soigne le malade telles instructions qu'il juge à propos. Si le malade paraît mal soigné, et s'il y a lieu de croire que le séjour d'un asile lui serait utile, au point de vue d'une guérison possible ou d'une simple amélioration de son état, le Bureau met la famille au courant de la situation en lui recommandant d'intervenir pour faire le nécessaire; le Bureau peut aussi retirer l'autorisation de soigner plus longtemps le malade dans un domicile particulier, et ceux qui ne tiendraient pas compte de ce retrait d'autorisation s'exposeraient à des poursuites.

Les détails que je viens de donner, sur le traitement à domicile des aliénés riches ou aisés, tant en Angleterre qu'en Ecosse, montrent que les législations de ces deux pays, sans être identiques, présentent de grandes analogies; toutes deux, en effet se sont appliquées à organiser un système de surveillance à plusieurs degrés, ce qui en multiplie les garanties. La loi belge, qui confie cette surveillance à un ordre unique de fonctionnaires locaux, restant eux-

mêmes sans contrôle, n'a donné que des résultats négatifs. En Angleterre et en Écosse, au contraire, chaque aliéné traité à domicile se trouve placé sous la surveillance immédiate d'un médecin local, qui est tenu de constater par écrit, à des intervalles rapprochés, les visites qu'il fait et l'état dans lequel il trouve son client; puis, des fonctionnaires de l'État viennent en personne vérifier la régularité de ces visites et le bien-être des malades; enfin, les rapports de ces commissaires, agissant isolément, sont soumis à l'examen collectif du Bureau dont ils font partie et ce Bureau intervient, au besoin, dans l'intérêt du malade qui ne serait pas convenablement soigné.

Par suite de cette combinaison de rouages hiérarchiques, l'ensemble du service marche avec une grande précision, ainsi que j'ai pu m'en assurer personnellement, grâce à la parfaite courtoisie avec laquelle les administrations supérieures de Londres et d'Edimbourg veulent bien permettre, aux étrangers que ces questions intéressent, de saisir sur le vif, et de suivre dans tous ses détails, le mécanisme de leur fonctionnement.

Aussi, sans prétendre indiquer ici, complètement, la meilleure manière d'organiser, en France, la protection et la surveillance des aliénés traités à domicile, posées en principe par le nouveau projet de loi, il me paraît ressortir de l'examen comparatif des résultats acquis dans les pays voisins du nôtre, que ce service devrait satisfaire aux deux conditions suivantes:

1° Présenter plusieurs degrés hiérarchiques de surveillance se contrôlant l'un l'autre;

2° Être centralisé entre les mains d'un corps spécial relevant directement de l'État.

---

---

# Médecine légale

---

## RAPPORT MÉDICO-LÉGAL

**Sur un cas de viol et d'attentat à la pudeur  
avec violences commis sur une jeune fille atteinte  
d'hystérie avec crises de sommeil.**

Par M. le Dr H. MABILLE  
Directeur-Médecin en chef de l'asile de Lafond  
(Charente-Inférieure.)

---

L'affaire dont il est question s'est présentée, le 9 août 1883, devant la cour d'assises de Saintes (Charente-Inférieure).

Voici les faits :

Quatre jeunes gens, âgés de vingt-huit, de dix-sept, de dix-neuf et de seize ans, sont accusés d'avoir violé la fille Madeleine. Les journaux ont ainsi rendu compte de l'affaire :

« Le 8 avril dernier, une servante, la fille Madeleine, ayant obtenu de ses maîtres l'autorisation d'aller au bal, y fit la rencontre du nommé C... qui dansa deux fois avec elle et lui proposa de l'accompagner quand elle partirait. Elle refusa ; mais C... qui avait remarqué, comme bien d'autres, la simplicité d'esprit de cette fille, la suivit, accompagné de M... à la sortie du bal et essaya de l'emmenner dans un chemin écarté. Elle resta cependant sur la route et continua son chemin, entourée par C... et M... qui la soutenaient chacun par le bras, en se livrant à de gros-

sières plaisanteries. Un de leurs camarades, G..., survint et, sans autre explication, bouscula les deux premiers, renversa la jeune fille sur le bord de la route, et alors se passa la scène de débauche la plus odieuse, à laquelle prit part, en dehors des trois accusés ci-dessus, le sieur B... et qui eut pour spectateurs plusieurs autres individus qui n'eurent pas le courage de s'interposer.

Nous devons dire que la victime de la brutalité des accusés est une fille de vingt-deux ans, mais dénuée d'intelligence, et en outre, atteinte d'une maladie nerveuse des plus graves et sujette à de fréquents accès de catalepsie pendant lesquels elle perd connaissance et reste complètement inerte : ce qui a facilité aux accusés l'accomplissement de leurs actes d'immoralité révoltante. »

Révoltants sont en effet les actes reprochés aux accusés. Non contents d'assouvir sur la fille Madeleine leur passion honteuse, ils se livrèrent sur elle à des actes tels qu'arrachement des poils du pubis, introduction de la verge dans la bouche, etc., etc. La scène se prolongea pendant près de deux heures.

Interrogée par les magistrats, la fille Madeleine dès le premier interrogatoire s'endormit brusquement pendant près de six heures ; à diverses reprises, soit au parquet, soit à l'hospice de la Rochelle, elle présenta les mêmes symptômes.

Nos confrères, MM. les D<sup>rs</sup> Brard et G. Drouineau, commis tout d'abord par M. le juge d'instruction du parquet de la Rochelle, demandèrent que cette fille fût soumise à un examen prolongé à l'hospice de Lafond, dans un local séparé des aliénés proprement dits.

M. le juge d'instruction de la Rochelle nous pria de répondre aux questions suivantes :

4<sup>o</sup> Tempérament de cette fille ; la nature de sa maladie ; ses causes, ses effets. La durée des syncopes ; l'état de la malade durant les crises. La maladie est-elle ancienne ou



récente? Les syncopes peuvent-elles être le résultat de la surprise, de violences, secousses, coups, etc.?

2° Dans cet état, la malade a-t-elle conscience de ce qui se passe autour d'elle? Pourrait-elle résister à une violence quelconque que l'on voudrait exercer sur sa personne? Le coït peut-il avoir lieu? Y a-t-il suspension de la sensibilité?

3° Vierge, aurait-elle pu être réveillée par la défloration? Au contraire, le coït a-t-il été facilité par la dilatation des organes?

4° A-t-elle pu être réveillée par une douleur telle que celle de l'arrachement des poils? Cette fille réveillée en sursaut par une cause quelconque, a-t-elle pu retomber dans son état de torpeur?

5° Dans le coït ne peut-il pas y avoir effusion de sang, même chez les femmes déflorées depuis longtemps?

6° Si cette fille était déflorée antérieurement au 8 avril dernier, comment expliquer la présence du sang sur sa chemise?

7° Lorsqu'une femme a passé vingt ans, les signes de la virginité physique ne deviennent-ils pas de plus en plus équivoques, et les délabrements observés dans les organes génitaux ne peuvent-ils pas être l'effet de la maladie aussi bien que du coït?

Que doit-on penser sur ce point dans le cas actuel?

8° Les marques de violence amenant la défloration ne sont-elles pas nulles dès les premiers instants chez certaines filles, telles que les chlorotiques, les leucorrhéiques? Que doit-on penser sur ce point dans le cas actuel?

9° Quel est l'état de santé à ce jour de la fille Françoise Madeleine?

10° Cette fille est-elle enceinte?

Pour répondre à ces questions, nous avons rédigé le rapport suivant:

Nous soussignés, Brard Ernest, Drouineau Gustave et

Mabille Henry, docteurs en médecine, commis par M. le juge d'instruction à l'effet d'examiner la fille Madeleine et de répondre aux questions posées, après avoir prêté préalablement serment, avons rédigé d'un commun accord le rapport suivant :

4° La fille Madeleine est d'un tempérament lymphatico-nerveux; sa taille est moyenne, son teint pâle, sa peau est parsemée de plaques pigmentaires brunâtres alternant avec des plaques décolorées; la chevelure blonde en la plupart des endroits, est dépourvue en certains autres de toute coloration pigmentaire (albinisme partiel).

Si l'on vient à procéder à l'examen des divers organes de la fille Madeleine, on note ce qui suit :

*Respiration.* Rien d'anormal.

*Circulation.* Lenteur du pouls. Pas d'affection organique du cœur. Le nombre des pulsations atteint une moyenne de 64 pulsations.

*Fonctions digestives.* Les fonctions digestives s'accomplissent d'une façon anormale et ce trouble sera particulièrement décrit sous la rubrique système nerveux. La constipation est la règle.

*Organes génitaux.* Si on examine les organes génitaux de la fille Madeleine, on voit que les grandes et les petites lèvres sont décolorées, flasques. L'hymen n'existe plus et la trace des caroncules myrtiformes elle-même a presque disparu. Les plis du vagin sont peu accentués.

A l'intérieur du vagin, écoulement leucorrhéique blanchâtre, très abondant. L'utérus est peu élevé, et le speculum laisse apercevoir une ulcération qui envahit presque toute la lèvre postérieure du col, ulcération à bords réguliers, peu profonds. L'orifice du col est celui d'une femme n'ayant pas eu d'enfants.

L'utérus lui-même n'a pas subi de développement anormal; cependant le col est plus gros qu'à l'état sain. Le palper abdominal ne laisse pas percevoir de grosseur patholo-

gique de l'utérus. Le ventre est souple, peu volumineux. Aucun bruit fœtal n'est perçu par l'oreille. La sensibilité des organes génitaux est normale, quoique peu accentuée. La menstruation a eu lieu il y a six semaines environ ; elle est irrégulière habituellement.

*Système nerveux.* L'examen des fonctions nerveuses permet de noter les particularités suivantes :

*Sensibilité générale.* La sensibilité à la douleur a disparu sur un grand nombre de parties du corps. En enfonçant des épingles ou de grandes aiguilles, on rencontre, soit aux bras, soit aux jambes, soit à la face, soit sur le tronc, des points absolument anesthésiques disséminés sous forme de plaques plus ou moins larges, à côté desquelles se trouvent des plaques sensibles, mais présentant parfois un retard dans la sensation. En enfonçant les aiguilles assez profondément, on voit que la sensibilité a disparu non seulement des couches superficielles de la peau, mais encore a atteint les parties musculaires profondes sous-jacentes. Ces plaques d'anesthésie peuvent varier ; il arrive parfois que la malade est presque anesthésiée dans la totalité du corps. En ce moment (4 juillet 1883), elle présente une hémianesthésie du côté droit avec sensibilité conservée du côté gauche.

En sorte que le corps de la fille Madeleine se trouve divisé en deux parties, comme par une ligne passant vers le milieu de la racine du nez à la symphyse du pubis. Cette hémianesthésie à droite coïncide avec une hyperesthésie ovarienne du côté droit.

Les sensations thermiques sont en général conservées lors de l'anesthésie disséminée ; elles disparaissent lors de l'hémi-anesthésie.

Si l'on vient à prendre la température axillaire de Madeleine, on voit que le côté anesthésié présente une diminution de température notable, pouvant varier de 7 à 8 dixièmes de degré. Il en est de même des parties anesthé-

siées. Ainsi, en ce moment, le côté hémianesthésié offre une différence de température de 6 dixièmes de degré en moins que le côté sensible. Il est parfois très curieux, au moyen d'un thermomètre à températures locales (thermomètre céphalique par exemple), de prendre la température des parties sensibles, limitrophes ou correspondantes de parties anesthésiées. Ces dernières présentent toujours chez Madeleine une diminution pouvant varier de 4 dixièmes à 4° 2, relativement aux parties normales. Il est bon d'ajouter que ces différences ne sauraient être mises sous l'influence de la dégénérescence de la peau, car on rencontre aussi bien l'anesthésie et la diminution de température dans les parties colorées que dans les parties privées de pigment. Du reste, les parties anesthésiées de Madeleine laissent peu ou point s'écouler de sang à la piqûre.

*Sensibilité spéciale.* La *vue* ne présente rien d'anormal. Les pupilles sont dilatées, mais on ne rencontre pas chez Madeleine d'amblyopie ou d'achromatopsie.

L'*ouïe* s'exécute d'une façon ordinaire; cela aussi bien pendant les anesthésies partielles que pendant les anesthésies d'un seul côté.

L'*odorat* est en général très émoussé : ainsi les vapeurs ammoniacales qu'on fait respirer à cette fille n'arrivent que peu ou pas à déterminer des réflexes. Durant l'hémianesthésie, le côté anesthésié du nez est insensible; le côté sain conserve toute la sensibilité.

Le *goût* présente des modifications identiques. Un côté de la langue au niveau des papilles peut rester insensible aux sensations désagréables, telles que celles de l'amertume de l'aloès, l'autre percevant les sensations. Quelquefois, dans le moment des anesthésies partielles, ces sensations sont perçues, mais avec retard. Il en est de même pour la sensibilité à la douleur.

Le *réflexe épiglottique* s'obtient parfois, mais avec lenteur.

Les *organes génitaux* conservent la sensibilité ordinaire.

A ces troubles variés de la sensibilité soit générale, soit spéciale, il convient d'ajouter une faiblesse musculaire plus accentuée du côté anesthésié. C'est ainsi que le dynamomètre accuse une force musculaire de 22 kilog. à droite et de 25 kilog. à gauche, la malade n'étant pas gauchère.

D'autres symptômes importants s'observent du côté des *voies digestives*.

La malade a très fréquemment et presque journellement des sensations d'étouffement à la région épigastrique.

Elle sent un poids qui l'opprime, qui remonte le long du thorax et vient la saisir à la gorge sous forme de spasme. Ces phénomènes connus sous le nom de *boule* donnent naissance, chez Madeleine, à des accès de *pylorisme* et d'*œsophagisme* très intenses. C'est ainsi que les aliments sont rejetés parfois, dès leur arrivée dans l'estomac ou dans l'œsophage, à la suite de spasmes violents. D'autres fois, Madeleine, après avoir pris ses aliments avec appétit, est atteinte subitement d'étouffements, vomit plusieurs heures après son repas, ou même une demi-journée après l'ingestion, des aliments non digérés.

Ces vomissements alimentaires existent depuis de nombreuses années. Ils ont été très accentués depuis quelque temps. C'est ainsi qu'à la date de son entrée dans l'établissement, Madeleine, pendant l'espace de plus de vingt-quatre heures, a rendu devant nous, à l'asile de Lafond, d'abord des matières alimentaires non digérées, puis des quantités relativement *considérables de sang*, et enfin des *matières fécaloïdes*. Ces phénomènes étaient accompagnés de spasmes violents de l'œsophage, de contractions abdominales énergiques et accompagnées de phénomènes cérébraux que nous examinerons plus loin.

La *constipation* est habituelle chez la fille Madeleine; elle a constamment la langue blanchâtre avec inappétence et nous avons dû bien des fois provoquer des évacuations artificielles.

On ne trouve que peu ou point, sur le corps, de points sensibles à la pression et nous n'avons point noté l'existence de zones hystérogènes.

*Etat cérébral.* La tête de Madeleine est régulièrement conformée et ne présente rien de bien spécial ; le front est large et n'est pas fuyant. L'aspect général du facies est peu intelligent. Madeleine est peu développée au point de vue intellectuel. Elle ne sait ni lire, ni écrire, paraît étrangère ou peu s'en faut à tout ce qui se passe autour d'elle. Elle obéit presque passivement aux ordres donnés. Chez elle il est rare de rencontrer un sentiment vivement exprimé, de pudeur par exemple ; c'est ainsi que tous les examens qu'on peut diriger du côté des organes sexuels sont subis avec la plus grande facilité. Elle se prête à toutes les recherches qu'on fait sur elle, et il est bien rare qu'elle laisse échapper un mot de mécontentement. Elle ne réagit pas et il nous semble qu'au point de vue moral, ce qui la caractérise le mieux, c'est la prédominance du système spinal sur le système cérébral, c'est l'absence de volonté bien déterminée, c'est la *passivité*. Toutefois, comme la plupart des personnes de son espèce, elle semble parfois ne pas trop dédaigner qu'on s'occupe d'elle et il est certain qu'à un moment donné, cet élément a dû nous imposer des recherches attentives au point de vue d'une simulation possible.

Tels sont les phénomènes habituels qu'il est facile d'observer chez Madeleine.

Mais parfois la scène change. Tout à coup, Madeleine pâlit; elle porte la main à la gorge; elle étouffe, elle se sent mal à l'aise; elle a le temps de s'asseoir ou même de prévenir qu'elle se trouve mal. Puis elle perd ou semble perdre connaissance : elle dort.

Pas de cris au moment de l'attaque, pas de convulsions ni toniques ni cloniques. Pas de morsures de la langue, pas d'écume à la bouche.

Les membres sont dans la résolution presque complète. Le pouls est lent, régulier, la respiration ralentie. Les paupières sont agitées par un mouvement fibrillaire incessant; les globes oculaires convulsés de bas en haut et en dedans; les pupilles sont dilatées. A ce moment, on peut piquer, brûler la malade, sans qu'elle ressente quoi que ce soit. Les pupilles toutefois ne perdent pas leur contractilité. Les organes spéciaux, tels que l'odorat ou le goût, ne paraissent pas impressionnés par des sensations même les plus vives; elle paraît n'avoir en aucune façon conscience des manifestations du monde extérieur; on ne provoque que peu ou pas, dans cet état, les phénomènes connus sous le nom d'hyperexcitabilité neuromusculaire. Cet état de sommeil dure plus ou moins longtemps. Ainsi ce sommeil a pu chez Madeleine durer neuf heures. Devant nous, il n'a duré que quinze à vingt minutes. A son réveil, Madeleine est hébétée; elle dit n'avoir pas conscience de ce qui s'est passé pendant la période de sommeil et il lui faut un certain temps pour reprendre l'usage de ses facultés.

Nous avons été témoin de plusieurs crises, et toujours les symptômes observés se sont produits dans le même ordre.

Quelle est l'affection dont Madeleine est atteinte? En se reportant aux symptômes décrits plus haut, on peut résumer l'état de cette fille :

Boule épigastrique avec pylorisme, œsophagisme, vomissements alimentaires, sanguins ou même fécaloïdes (1), plaques d'anesthésie disséminées sur la surface du corps ou hémianesthésie avec douleur ovarienne du côté paralysé, diminution de température du côté ou des parties anesthésiées, diminution de la force musculaire, attaques de

---

(1) Voir Legrand du Saulle. *L'hystérie au point de vue médico-légal*. Paris 1884.

sommeil d'une durée variable, faiblesse intellectuelle, passivité.

Ces symptômes répondent pour la plupart, à n'en pas douter, à l'affection connue sous le nom d'*hystérie non convulsive avec attaques de sommeil*, affection bien connue par les médecins et fort bien décrite par la plupart des auteurs.

Rien ne manque au cortège des symptômes de l'affection. Ceux-ci ont toujours lieu dans le même ordre et il serait presque impossible que l'imitation (en admettant chez Madeleine une instruction fort étendue) pût arriver à reproduire ces symptômes toujours les mêmes.

Du reste, l'attaque de sommeil succède en général chez Madeleine à des moments d'étouffement et d'oppression par la boule; les muscles du cou se contractent convulsivement chez elle à l'approche des liquides. A ce moment, le spasme est à son comble.

Dans l'intervalle des attaques de sommeil, il y a chez Madeleine une série de symptômes qu'on ne simule pas. C'est l'existence de parties anesthésiées avoisinant des parties sensibles et elle ne simule pas plus leur existence que l'anesthésie, car il y a une chose qu'on n'arrivera jamais à simuler, c'est l'abaissement de température dont nous avons parlé plus haut, abaissement de température variant chez Madeleine de 4 dixièmes à plus d'un degré pour les parties voisines ou symétriques des parties anesthésiées.

Cet abaissement de température, fort bien décrit par M. le professeur Charcot, est dû à une ischémie des vaisseaux. Il y a chez la plupart des malades hystériques une irritation énergique des vaso-moteurs périphériques, constriction qui est telle que c'est parfois avec la plus grande difficulté qu'on arrive à leur tirer du sang. C'est ainsi que M. Charcot appliquant des sangsues à des hystériques sur des parties anesthésiées a réussi à grand'peine à les faire saigner. Chez Madeleine, les mêmes phénomènes se reproduisent. Ce spasme vasculaire, qui produit l'abaissement de tempé-



rature, produit aussi la difficulté de faire saigner les parties atteintes avec un instrument piquant.

Nous ne parlerons que pour mémoire, durant l'attaque de sommeil, de la convulsion des yeux de bas en haut et en dedans, des symptômes d'hystérie viscérale (Potain), tous symptômes qu'il est impossible de simuler.

Madeleine est donc bien évidemment une malade, et la maladie dont elle est atteinte est l'hystérie.

La maladie de Madeleine est-elle ancienne ou récente?

L'examen du dossier, sans tenir compte des déclarations de la malade elle-même, répond suffisamment à la question.

Les dépositions abondent, en effet, qui font remonter l'affection de Madeleine à *plus de dix ans*. Pour les témoins, Madeleine était une *épileptique*. La supérieure de l'hospice de Jonzac, il y a plus de dix ans, ne put la conserver à cause de sa maladie nerveuse. M. l'inspecteur des Enfants assistés de Royan dut la faire conduire à l'hospice Saint-Louis de la Rochelle, cela à cause de sa maladie nerveuse. « Je craignais qu'on abusât d'elle, » dit-il. Les crises, suivant ce fonctionnaire, avaient rapport à la *catalepsie*. Tous les maîtres chez lesquels elle s'est trouvée constatent qu'elle *s'endormait*, qu'elle *tombait d'un mal*. Une fois, elle *est tombée à l'eau et s'est endormie ensuite pendant près de cinq heures*. D'autres fois, elle s'est endormie soit à l'église, soit à l'hospice Saint-Louis, soit devant le tribunal, soit devant les experts. Son sommeil a été d'une durée variable et, pendant ce sommeil, on a souvent constaté l'insensibilité à la douleur.

Ainsi l'information prouve que la maladie remonte à plus de dix ans et vient confirmer une fois de plus que les attaques de sommeil ne sont pas simulées.

Quelle en est la cause? La question est difficile à résoudre. Il y a tout lieu de supposer qu'il y a chez elle une tare héréditaire. C'est, d'ailleurs, une enfant trouvée. On peut

admettre aussi que les émotions quelles qu'elles soient, les contrariétés, les violences, les coups peuvent déterminer les crises. Madeleine est en, effet, *toujours malade*. L'attaque de sommeil est un simple symptôme qui vient s'ajouter à d'autres qui sont aussi graves, mais qui pour le public restent à l'état latent, jusqu'au jour où une cause quelconque détermine l'attaque.

2° Durant les attaques de sommeil, il est probable que Madeleine n'a pas conscience de ce qui se passe autour d'elle. Mais il est facile de comprendre que la durée ou la profondeur du sommeil peuvent être variables chez elle et que, par conséquent, la conscience des choses qui l'environnent peut lui échapper complètement.

Du reste, chez la plupart des hystériques, on admet qu'il y a conservation de la conscience, au début de l'attaque, que la perte de connaissance est complète chez le plus grand nombre et incomplète chez d'autres dans une proportion de 8 sur 22. D'ailleurs, ce n'est pas seulement au moment même de l'attaque que la conscience peut être perdue. L'intelligence peut être troublée quelque temps avant l'attaque et il peut se faire alors que la volonté ne soit plus entièrement libre (1).

Madeleine prétend n'avoir pas conscience de ce qui se passe pendant son sommeil. Nous n'avons, dans le cas particulier, comme élément d'appréciation que les propres déclarations de l'intéressée.

Il est difficile de supposer que, l'attaque de sommeil ayant lieu, Madeleine puisse résister aux violences qu'on voudrait exercer sur elle.

Le sommeil est chez les malades de ce genre une chose absolument irrésistible, dit M. Bernutz. On peut les en tirer difficilement, dit le même auteur, et pour un instant seulement, en leur parlant ou en les secouant vigoureu-

---

(1) Bernutz. *Dict. de méd. et de chir. prat.* Art. Hystérie..

sement et le sommeil dure ensuite, soit fort peu de temps, soit des heures, étant ou *continu* ou *interrompu par de courts instants de réveil*.

3° Dans le sommeil *ordinaire*, on admettrait difficilement que le coït pût avoir lieu, même chez les femmes déflorées depuis longtemps, à l'insu de la personne, cela à plus forte raison chez les vierges. Il n'en est pas de même dans le sommeil *pathologique*. Dans ce cas, le coït peut avoir lieu sans que la personne résiste et, si le sommeil est profond, si la conscience est abolie à ce moment, on doit penser que les vierges pourraient être déflorées sans le sentir, le corps se trouvant à ce moment dans un état d'anesthésie complète.

Pour ce qui est du cas particulier de Madeleine, la défloration ayant eu lieu très probablement depuis longtemps, comme tendent à le prouver et l'absence de l'hymen et l'existence des caroncules myrtiliformes, le coït a pu être facilité par la dilatation des organes.

4° Comme nous l'avons dit plus haut, une cause violente peut faire sortir pour un instant la malade de son sommeil, puis la malade peut se rendormir pour se réveiller de nouveau et s'endormir ensuite. On peut donc admettre que l'arrachement des poils du pubis a pu réveiller Madeleine pendant un instant et qu'elle a pu retomber dans un état de torpeur. Du reste, nous rappellerons que la sensibilité des organes génitaux persiste chez elle, même pendant les périodes d'hémi-anesthésie et à plus forte raison pendant les périodes d'anesthésie disséminée.

5° Toute cause telle que la disproportion du membre viril par rapport aux organes de la femme, telle que l'introduction mal comprise du pénis dans le vagin, ou même à un moment donné l'excès du coït, peut amener une effusion du sang, chez les femmes déflorées depuis longtemps.

6° En ce qui concerne Madeleine, on peut expliquer la présence du sang sur sa chemise, en admettant que le coït ré-

pété a pu déterminer chez elle le retour des règles disparues depuis deux jours seulement, comme cela arrive fréquemment chez nombre de femmes pour une cause ou pour une autre.

7° En thèse générale, on peut, il est vrai, soutenir que la virginité ne saurait être démontrée, l'hymen pouvant en effet n'avoir jamais existé, ou avoir été détruit par un écoulement leucorrhéique abondant ou par l'effort de la menstruation, des ulcérations, la diphtérie ou par un exercice violent, etc. Mais il faut bien admettre que la présence de l'hymen, quand il existe, est une forte présomption en faveur de la virginité et que la présence des caroncules myrtiliformes tend à prouver que la défloration a eu lieu.

Chez Madeleine, ces caroncules sont presque effacés et tendent à prouver que la défloration est ancienne.

8° Il y a, il est vrai, chez elle un écoulement leucorrhéique très abondant; mais il est possible, ainsi que l'affirme d'ailleurs la malade, que cet écoulement *n'ait pas existé avant le huit avril 1883.*

Nous admettons que sous l'influence de la leucorrhée, que, si dans le coït l'hymen peut se laisser distendre sans se rompre, il n'a pu en être ainsi chez Madeleine, *cet hymen n'existant plus.* Le relâchement des parties, amené par les fleurs blanches, a pu d'ailleurs faciliter l'introduction du pénis.

9° L'état de santé de Madeleine est peu satisfaisant depuis quelque temps. Nous constatons chez elle des tendances à l'anorexie, des vomissements, de la pâleur et la persistance de l'ulcération de la matrice et de la leucorrhée.

Au point de vue de son affection nerveuse, Madeleine est toujours dans le même état. Elle a conservé, nous l'avons dit au début de ce rapport, une hémianesthésie du côté droit avec hyperesthésie ovarienne et une constipation très fréquente avec état saburral de la langue (10 juillet 1883).

10° Nous ne pensons pas qu'elle soit enceinte. Rien n'indi-

que l'état de grossesse chez Madeleine. Nous ajouterons de plus qu'elle a eu ses règles à deux reprises différentes. Mais nous ne saurions être affirmatifs à cet égard, l'état de grossesse pouvant ne pas être manifeste à l'âge qu'aurait le fœtus, si la conception avait eu lieu le 8 avril dernier, et la présence des règles ne démontrant pas qu'une femme n'est pas enceinte, la menstruation existant parfois chez des femmes enceintes.

En foi de quoi, nous avons signé le présent rapport.

La Rochelle, le 10 juillet 1883

*Signé : D<sup>r</sup> BRARD.*

*D<sup>r</sup> G. DROUINEAU,*

*D<sup>r</sup> H. MABILLE,*

*Directeur médecin en chef de l'asile de Lafond,*

*Rapporteur.*

#### *Nota.*

Le jury, après un long débat, où nous fûmes appelé à développer les idées émises dans ce rapport, a rendu un verdict affirmatif en ce qui concerne les deux principaux accusés et négatif en faveur des deux autres.

L'un des coupables fut condamné à cinq ans de réclusion et l'autre à un an d'emprisonnement.

Pour être complet, j'ajouterai que Madeleine a été prise, devant la cour d'assises de la Charente-Inférieure, de crises de sommeil qui ont duré plusieurs heures.— Ces crises ont été suivies de vomissements alimentaires ou autres répétés, et ce n'est que quelques heures après leur disparition que Madeleine a pu subir, en connaissance de cause, l'interrogatoire des magistrats.

Je dois dire aussi que trois des accusés étaient *fils d'aliénés*. Quelques jours auparavant, j'avais mis en liberté la mère de l'un d'eux, en bon état d'amélioration. Cette malade était atteinte du délire des persécutions.

Je ferai remarquer en outre que quelques cas seulement le viol ou d'attentat à la pudeur avec violence chez des individus atteints de prédisposition aux phénomènes cataleptiques, existent dans la littérature médicale.

Le premier cas remonte à 1858. M. Brouardel a publié un fait de ce genre en 1879.

Enfin M. Ladame, en novembre 1882, a relaté une observation fort curieuse (in *Annales d'hygiène et de médecine légale*) qui, en plus d'un point, peut se rapprocher du cas de la fille Madeleine.

En terminant, j'appellerai l'attention des observateurs sur ce fait que la *thermométrie locale*, appliquée comparativement sur les parties normales et sur les parties anesthésiées, a permis dans le cas présent de confirmer une fois de plus que l'affection de Madeleine n'était pas simulée.

D<sup>r</sup> H. MABILLE.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 30 JUILLET 1883.

Présidence de M. MOTET,

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

1<sup>o</sup> Lettre de M. le Dr Orange remerciant la Société des témoignages de sympathie qu'elle a bien voulu lui donner.

2<sup>o</sup> *Bulletin du manicomie de Fleurent*, n<sup>o</sup> 7.

M. MAGNAN dépose sur le bureau différentes brochures de M. le Dr Peeters de la colonie de Gheel, qui se porte candidat dans la section des membres associés étrangers.

La commission est composée de MM. Foville, Bouchereau et Magnan, rapporteur.

M. BOUCHEREAU, offre à la Société divers ouvrages de la part de M. le Dr Henri Obersteiner fils, professeur à la faculté de médecin de Vienne, qui sollicite le titre de membre associé étranger.

La commission est composée de MM. Falret, Magnan et Bouchereau, rapporteur.

M. LUNIER annonce que le montant des sommes versées pour le buste du Dr Marchand s'élève maintenant à quatre cents francs.

La souscription étant sur le point d'être close, il invite ceux des membres de la Société qui auraient omis d'y participer à se faire inscrire le plus tôt possible.

M. GILBERT BALLEZ, récemment élu membre titulaire de la Société, assiste à la séance ; M. le Président, au nom de tous ses collègues, lui souhaite la bienvenue.

*Lésions syphilitiques simulant une paralysie générale.*

M. CHARPENTIER. — Messieurs, la malade que nous avons l'honneur de vous présenter diffère actuellement de ce

qu'elle était lorsque nous l'avons vue pour la première fois, c'est-à-dire en avril 1883, dans le service de M. Moreau (de Tours) à la Salpêtrière.

Elle se trouvait alors dans le service des gâteuses, accroupie sur une chaise que son état de faiblesse, malgré l'absence d'une paralysie vraie des membres, ne lui permettait pas de quitter; elle était gâteuse dans l'acception du mot, laissant s'écouler sous elle les urines et les selles; elle nous était présentée comme atteinte de paralysie générale à la période de démence. Aux questions que nous lui adressions elle ne pouvait répondre parce qu'elle ne comprenait pas, et d'ailleurs les mouvements de la langue, soustraits à l'empire de la volonté, ne lui permettaient que de prononcer des mots confus, inintelligibles; elle ne pouvait même sortir la langue qui restait pendante entre les dents, pendant qu'on lui ouvrait la bouche pour la montrer. La physionomie immobile, étonnée, hébétée de la malade permettait de comprendre son indifférence, non seulement aux questions qu'on lui adressait, mais encore à tout ce qui l'entourait; de la lèvre inférieure pendante s'écoulait une salive qui retombait sur ses vêtements; c'était avec la plus grande peine qu'on parvenait à la faire manger, non parce qu'elle refusait ou qu'elle ne pouvait pas, mais parce qu'elle n'y songeait pas; il fallait l'exciter et en quelque sorte la réveiller pour la décider à recevoir les aliments qu'on présentait devant ses lèvres; il en était de même pour l'habiller, la lever, la coucher. Elle ne paraissait pas souffrir ou du moins ne se plaignait pas; des piqûres faites sur les différentes parties du corps finissaient par être senties; nous la faisons se dresser debout; elle pouvait faire quelques pas soutenue par des aides, mais s'arrêtait aussitôt cherchant à s'affaisser si on ne continuait pas l'impulsion première. Nous lui faisons étendre les bras qu'elle laissait tomber tout d'abord, puis parvenait à les maintenir avec un tremblement modéré, mais assez accusé aux extrémités.

Notre attention au premier examen avait été d'emblée sollicitée par l'odeur repoussante qu'exhalait le visage de la malade, odeur qui s'expliquait par un écoulement purulent, sanieux, blanc verdâtre, épais, par la narine gauche, laquelle était rouge, tuméfiée et déformée, et par un autre écoulement non moins abondant et non moins fétide qui se



produisait par le méat auditif de l'oreille gauche. En poursuivant notre examen, nous constatons sur la région frontale gauche trois tuméfactions dont la principale n'a pas encore disparu, tuméfactions non adhérentes à la peau, mais ne glissant pas sur le crâne dont elles paraissent faire partie, offrant une rénitence élastique, dépressible surtout au centre, arrondies, se fondant insensiblement sur leurs bords avec l'os, mais néanmoins délimitables entre elles. La plus saillante, celle qui persiste encore quoique amoindrie, très rapprochée de la ligne médiane, dépassait largement les dimensions d'une pièce de cinq francs; les deux autres, situées en dehors et un peu inférieurement, mais sans atteindre l'arcade orbitaire, offraient des dimensions, l'une d'une pièce de deux francs et la plus externe le diamètre d'un franc, leur pression ne paraissait pas douloureuse, les téguments étaient colorés et tuméfiés, mais modérément. Partout ailleurs sur le crâne, nous ne constatons aucune autre grosseur, mais dans l'épaisseur de la paupière supérieure gauche qui était tombante, œdématiée et un peu rouge, nous trouvons une tumeur, semi-dure, élastique, de la grosseur et de la forme d'une grosse noisette, glissant entre la peau et la conjonctive palpébrale, laissant pénétrer entre elle et l'arcade orbitaire le doigt qui, ainsi introduit, permettait de sentir que cette tumeur allait s'effilant, en haut et en arrière, par un pédicule dont on ne pouvait saisir la surface d'implantation, mais qui paraissait s'insérer sur le périoste de la paroi supérieure de la cavité orbitaire. Le globe oculaire du même côté paraissait un peu plus saillant et dévié en bas et en dehors. Les pupilles modérément dilatées paraissaient égales, mais immobiles, malgré les présentations ou suppressions d'irritants lumineux.

Nous n'avions pour ainsi dire aucun renseignement sur la malade que personne ne venait visiter, qui était dans cet état depuis le 9 février, c'est-à-dire depuis deux mois, et paraissait s'affaiblir tous les jours. Le certificat d'entrée portait : démence consécutive à une paralysie générale. Le certificat de Sainte-Anne, où la malade n'avait d'ailleurs séjourné qu'une journée, portait la mention suivante : affaiblissement des facultés mentales avec sensiblerie, confusion dans les idées, incohérence, faiblesse musculaire. Le certificat de la préfecture de police, un peu plus explicite,

signalait : paralysie générale, affaiblissement des facultés, hésitation de la parole, inégalité pupillaire, inconscience de sa situation, arrêtée dans la rue ne sachant plus retrouver son domicile.

Aussi peu pourvus de renseignements, il nous était difficile de diagnostiquer la forme clinique du trouble mental en face duquel nous nous trouvions : mais nous avons pensé qu'un tel diagnostic devait facilement céder le pas aux notions étiologiques concomitantes : périostites gommeuses du frontal, gomme de la paupière, ostéite nasale, ostéite de l'oreille, âge de la malade, circonstances réunies qui nous permettaient d'admettre la syphilis comme cause des lésions que nous venons d'énumérer, sinon des troubles cérébraux ci-dessus décrits.

Nous avons prescrit quatre grammes d'iodure de potassium par jour et de larges frictions mercurielles quotidiennement répétées.

Quinze jours après que ce traitement avait été institué, nous revoyons la malade dont l'odeur infecte a disparu en même temps que les écoulements de l'oreille et de la narine se sont taris, les téguments frontaux ont repris leur coloration, la paupière est moins oedématisée, les tuméfactions du crâne sont moins saillantes. La malade peut sur notre demande se lever seule, faire quelques pas, essaye mais incomplètement de tourner sur elle-même, présente les membres qu'on lui désigne, esquisse même un léger sourire qui permet de remarquer que la commissure labiale droite est abaissée et fait supposer une parésie faciale de ce côté ; toutefois les mains serrent encore trop mollement et les mouvements des membres inférieurs sont encore trop incertains pour que l'on puisse constater l'affaiblissement d'un côté du corps ; elle nous répond quelques mots, montrant qu'elle comprend nos questions, mais une fatigue intellectuelle rapide ne nous autorise pas encore à compter sur ses renseignements. Le langage est d'ailleurs confus ; la parole empâtée, lente ; elle peut sortir la langue, non déviée, tremblotante ; mais pas de frémissement vermiculaire de cet organe non plus que des lèvres, le tremblement des membres supérieurs existe encore, mais très peu accusé. Elle ne gâte plus.

Un mois après le traitement (1<sup>er</sup> mai), l'amélioration intellectuelle est telle que la malade peut nous fournir les

renseignements suivants, assez précieux, quoique nécessairement incomplets.

Elle a trente-neuf ans, est giletière, mariée mais séparée de son mari qui la frappait fréquemment et l'a abandonnée trois mois avant son arrestation ; elle a un fils de dix-sept ans bien portant. Elle ne connaît ni aliénation, ni maladie nerveuse dans sa famille. Elle-même a rarement été malade jusqu'en 1879 ; elle a toujours été bien réglée ; elle se rappelle avoir eu un écoulement vaginal quelque temps après son mariage, dit n'avoir pas eu de maladies de peau, a eu souvent des maux de gorge, ses cheveux tombent depuis quelques années.

Il y a six ans, elle a eu de violentes céphalalgies frontales et occipitales, médianes, souvent suivies de nausées et de vomissements ; elle éprouve, depuis six ans, de vives douleurs passagères dans la continuité des membres inférieurs ; les nausées et les vomissements ont cessé depuis une attaque de nerfs qu'elle aurait eu un jour sans causes connues, sans prodromes et pour la première fois il y a quatre ans ; attaque de nerfs avec perte de connaissance, mouvements convulsifs, écume, retour complet de la raison à la suite et aucune trace consécutive. Depuis, ces attaques se sont fréquemment répétées et, dans la dernière année, venaient deux ou trois fois par mois avec les mêmes caractères que la première fois, sauf qu'elles survenaient plus souvent la nuit ; la malade n'a jamais eu d'attaque sans perte de connaissance ; il n'y a jamais eu d'incontinence nocturne d'urine, ni délire, ni paralysie, ni contraction, ni troubles de la sensibilité après ses attaques. Elle ne se souvient pas d'avoir jamais déliré, d'avoir eu des emportements violents, ni fait de fuite hors de la maison ; elle n'a jamais fait d'excès de boissons ; souvent elle avait des épistaxis à la suite des coups que lui portait son mari, mais pas d'autres accidents.

Au moment où elle nous fournit ces renseignements, la mémoire est encore très altérée. Ainsi ses réponses sur les domiciles des personnes qui l'ont connue ou avec lesquelles elle a vécu sont nulles ou fausses. L'intelligence paraît revenue, mais est très ordinaire ; elle a conscience de sa situation, s'inquiète de ce que sont devenus sa mère et son fils ; elle cherche encore néanmoins longtemps ses réponses. La parole lente et empâtée n'est ni bredouillée, ni scan-

dée, il se mêle à la voix un retentissement nasal qui augmente la confusion; même déviation de la commissure; faiblesse de la main droite quand elle exerce une pression, elle traîne un peu la jambe droite; à peine de tremblements; elle s'occupe aux travaux des infirmières, mais les troubles de la vue l'empêchent de coudre ou de lire. Les deux gommès frontales externes sont sur le point de disparaître; la plus grande persiste amoindrie; la gomme de la paupière supérieure a bien diminué; le globe oculaire n'est plus dévié; la physionomie prend un peu d'expression.

Nous avons présenté notre malade à M. le professeur Fournier qui, avec sa haute expérience, confirma en quelques minutes l'existence des périostites gommeuses, de la gomme de la paupière, nous fit constater une perte de substance ancienne et due à une ulcération de longue durée à la narine, une mise à nu des cornets dans la cavité nasale, une perforation du vomer qui expliquait le nasonnement (rien à la bouche ni au pharynx) et enfin une pigmentation discrète, cicatricielle, caractéristique au périnée et une cicatrice de chancre à la partie inférieure de la grande lèvre droite. Rien sur le tégument, ni aux autres parties du squelette.

Notre ami, M. Parinaud, attaché comme ophthalmologiste à la clinique des maladies nerveuses de la Salpêtrière, a bien voulu nous communiquer sur notre malade la note suivante: atrophie blanche des deux papilles consécutive à une névrite optique (traces d'infiltration), cécité presque complète de l'œil gauche; ne peut compter les doigts.

M. le Dr Hermet, médecin auriste qui s'occupe spécialement des surdités vénériennes, a constaté une perforation très nette, comme taillée à l'emporte-pièce, occupant le segment inférieur de la membrane du tympan, consécutive à une otite moyenne suppurée.

En résumé, après une série d'attaques épileptiformes, survenues tardivement à trente-cinq ans et dont la dernière a motivé l'arrestation de la malade qui avait perdu conscience d'elle-même, déchéance mentale et graduelle, en même temps que manifestations syphilitiques multiples et externes, déchéance tellement profonde que la malade est enregistrée comme démente paralytique; puis amélioration ra-

pide et parallèle des manifestations externes de la syphilis et des troubles cérébraux intellectuels et moteurs sous l'influence de la médication spécifique.

Messieurs, des faits dont nous venons de vous donner lecture, il résulte bien évidemment que nous sommes en présence d'accidents syphilitiques ayant déterminé des troubles mentaux. Il serait difficile, étant donné l'amendement simultané des deux ordres de symptômes, leur amélioration parallèlement graduelle et se faisant avec la même rapidité sous l'influence du traitement, de ne voir là qu'une coïncidence entre les troubles cérébraux et les manifestations syphilitiques.

Quel que soit le diagnostic de la forme mentale et quel qu'en soit le mécanisme, il nous est impossible de ne pas la rattacher à l'étiologie vénérienne.

Nous éliminerons ainsi l'hypothèse d'une affection mentale étrangère à la syphilis, guérie ou en rémission par elle-même, pendant la guérison des manifestations syphilitiques, d'autant que, tant que le traitement n'est pas intervenu, les choses allaient de mal en pis, au point que la démence était complète.

Car c'est bien à une démence que nous avons eu affaire ; le tableau symptomatique que nous vous en avons tracé ne répond à aucun autre état mental.

Mais si le diagnostic démence est incontestable, il pourrait paraître plus difficile d'affirmer que notre démence soit une démence paralytique, c'est-à-dire consécutive à une paralysie générale. Et cependant si nous examinons les autres causes des démences, nous voyons qu'il faut y renoncer.

Nous éliminons la démence par stupeur mélancolique, car la malade ne nous fournit aucun renseignement rétrospectif capable de nous y faire penser ; aucune angoisse, aucune terreur, aucune hallucination, aucune de ces conceptions fausses délirantes dont de tels malades gardent le souvenir et qu'ils vous racontent lorsque la crise pénible a disparu. La démence alcoolique sans cauchemars, sans terreurs nocturnes, sans hallucinations, sans troubles de la vue prodromiques, sans troubles périphériques de la sensibilité et en présence des renseignements négatifs de la malade, ne peut être admise non plus : d'ailleurs, l'aggravation graduellement croissante de la démence depuis l'entrée de la

malade, alors qu'elle était depuis deux mois soustraite aux prétendues influences alcooliques, et son amélioration si brusque après l'intervention de l'iodure tendraient encore à écarter l'idée de rapporter cette démence à l'alcoolisme.

La démence post-épileptique pourrait encore être supposée; mais l'époque tardive (trente-cinq ans) de la première attaque, l'absence de troubles nerveux antérieurs, d'incontinence nocturne d'urine, d'accès de fureur, de fuite hors de la maison, de délire après les attaques, et d'un autre côté l'inégalité des pupilles, l'hésitation de la parole, la marche croissante de l'état mental jusqu'à l'intervention de l'iodure peuvent être légitimement invoquées contre l'épilepsie que pourrait faire supposer l'amnésie partielle de la malade, amnésie qui peut s'expliquer aussi bien par des accès congestifs épileptiformes ou apoplectiformes.

La démence par encéphalomalacie ou ramollissement cérébral, que celui-ci soit causé par une artérite syphilitique ou autre ou par une autre cause, ne peut être admise en raison de l'incurabilité qu'elle entraîne forcément lorsqu'elle est arrivée à ce degré.

Nous restons donc par élimination en présence de la démence paralytique, de la démence consécutive à la paralysie générale, paralysie générale dont la malade a présenté la plupart des symptômes: ictus épileptiforme, tardif, brusque; ictus répétés depuis, suivis d'amnésies partielles; désordres, incohérence et affaiblissement des idées, troubles musculaires parétiques, inégalité pupillaire, atrophie des papilles, tremblement de la langue et des extrémités, hésitation, lenteur de la parole, langage empâté et confus, incontinence des urines et des matières, déchéance intellectuelle complète. Il manque, il est vrai, au tableau symptomatique, le frémissement vermiculaire de la langue et des muscles de l'expression buccale, et surtout le délire soit ambitieux, soit hypocondriaque, soit mélancolique, avec ses caractéristiques de niaiserie ou de contradiction. Mais l'absence de cette forme délirante et de ce frémissement vermiculaire ne suffit pas pour écarter l'idée de paralysie générale; d'ailleurs, notre malade a pu présenter un de ces délires qui aurait échappé à sa conscience ou à son souvenir personnel et qui, trop peu manifeste plus tard, a également fait défaut à l'observation.

Nous pouvons donc conclure à une démence paralytique.

Quant au mécanisme des accidents cérébraux, à leur relation avec les troubles osseux de voisinage, et quant à la nature même des lésions encéphaliques proprement dites, nous devons être très réservé.

Nous ne pouvons songer à un foyer purulent qui se serait fait jour par les fosses nasales et le conduit auditif; il eût été trop étendu, eût eu des conséquences plus graves; d'ailleurs aucune perforation à la voûte nasale; nous ne pouvons, en raison de l'absence des symptômes propres, supposer une irradiation aiguë aux méninges voisines par extension de l'ostéite nasale ou du rocher. Nous ne pouvons supposer qu'une manifestation lente, insidieuse, en rapport avec les symptômes, une irritation méningitique subaiguë à marche chronique par lésion osseuse de voisinage ou par gomme développée à la face interne du crâne, avec production proliférante diffuse dans la substance grise; les mêmes lésions ont-elles reconnu pour cause une gomme ou une hyperplasie cellulaire primitive de l'encéphale? C'est ce que nous ne pouvons établir. Si les ictus épileptiformes sont bien plus fréquents dans les irritations méningées syphilitiques, selon l'opinion de M. Lancereaux, nous pouvons penser à une lésion de ces enveloppes comme cause productrice principale.

Néanmoins, en raison de l'analogie des symptômes présentés par la malade avec ceux de la paralysie générale type, nous sommes porté à supposer l'existence, dans notre cas, et sous toute réserve nécropsique, d'une diffusion proliférante cellulaire méningitique et encéphalique, analogue aux lésions de la paralysie générale type, mais conservant, en vertu de l'étiologie de sa production, un *modus vivendi* particulier qui lui a permis de céder à l'action du traitement spécifique.

Messieurs, si nous nous sommes permis de produire cette observation, c'est qu'elle nous a paru puiser, dans la multiplicité et dans le groupement des symptômes, dans leur mode d'apparition, dans leur marche croissante et dans leur amélioration rapide et simultanée, par l'intervention thérapeutique, une démonstration des plus manifestes de l'influence de la syphilis sur la production des phénomènes propres de la paralysie générale. La plupart des observations produites à ce sujet consistent en observations de malades ayant contracté la syphilis, puis présentant les

symptômes de la paralysie générale et ensuite améliorés par le traitement spécifique ; et nos doutes persistaient à leur lecture sur l'efficacité réelle du traitement. Mais ici, chez notre malade, les lésions syphilitiques multiples, extérieures, ostensibles et palpables peuvent être considérées dans leur marche et leur amendement comme un reflet visible des modifications analogues qui s'opéraient dans le contenu de la cavité crânienne, et un tel consensus de circonstances ne peut manquer de faire disparaître les doutes qui pourraient persister et de confirmer la possibilité de l'existence de lésions syphilitiques capables de simuler la paralysie générale, ensemble symptomatique que M. le professeur Fournier a très heureusement décrit sous le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique*.

Telles sont les raisons, messieurs, qui nous ont déterminé à entrer dans d'aussi longs détails à propos de notre observation.

M. MAGNAN. — Nous devons tout d'abord remercier notre collègue M. Charpentier de son intéressante communication ; quelle que soit la discussion que peut entraîner l'interprétation de ce fait, il n'en restera pas moins ce résultat thérapeutique, à savoir : une affection grave du cerveau très favorablement modifiée par une médication spécifique.

Si, sous ce rapport, l'observation n'offre aucune prise à la critique, il n'en est plus de même lorsque, restant sur le terrain où s'est placé M. Charpentier, on considère les signes présentés par cette malade comme semblables à ceux de la paralysie générale. Qu'il me soit permis de rappeler que j'ai eu l'occasion d'examiner cette malade avant son entrée à la Salpêtrière et que j'ai été sollicité à l'examiner d'autant plus attentivement que le certificat de notre collègue M. Garnier, à la préfecture de police, portait : paralysie générale. Entre autres signes M. Garnier signale l'hésitation de la parole, qui n'existait plus le lendemain. Ce qui n'a rien d'extraordinaire ici, puisque la malade se trouvait sous le coup d'une attaque épileptiforme récente, lorsqu'elle a été conduite à la préfecture de police. Tout le monde sait que, même chez les épileptiques simples, l'attaque peut être suivie d'un trouble passager de la parole. Pour ma part, je n'ai pas pu m'arrêter au diagnostic paralysie générale, et j'ai conclu à l'affaiblissement intellectuel



avec sensibilité et faiblesse musculaire partielle, c'est-à-dire à l'existence d'une lésion circonscrite et non d'une lésion diffuse généralisée. La nature de la lésion ne pouvait être déterminée à ce moment, en l'absence de tout renseignement, en l'absence aussi des manifestations syphilitiques dont M. Charpentier a été plus tard témoin. La malade en quittant mon service n'était donc pas, à mon avis, atteinte de paralysie générale. Voyons ce que nous disent les symptômes observés, depuis cette époque, par M. Charpentier et qu'il vient d'exposer avec tant de soin et de sagacité. Examinons d'abord la motilité.

A deux reprises notre collègue déclare que la parole était lente et empâtée et, pour qu'il n'y ait pas de confusion, il ajoute qu'elle n'était ni bredouillée ni scandée.

Or, pour nous tous, c'est déjà un renseignement précieux que la lenteur et l'empâtement de la parole.

L'hésitation du paralytique général est caractéristique, et pour ma part, lorsque je tiens à bien faire pénétrer cette notion dans l'esprit des élèves, j'ai l'habitude de placer à côté l'un de l'autre cinq ou six paralytiques atteints par la maladie à des degrés progressivement plus intenses. Le premier tout à fait au début avec ses accroc's qui commencent à paraître, un deuxième avec l'hésitation intermittente, un troisième avec de l'hésitation continue, puis un paralytique offrant des coupures dans son langage, scandant les mots, puis enfin un paralytique psalmodiant. Eh bien ! tous ces troubles de la motilité ont un air de famille et, quand on a ainsi suivi cette sorte de gamme, l'oreille perçoit des caractères communs entre l'hésitation légère du début et la parole scandée et psalmodiante de la fin. Je suis convaincu, pour ma part, que le jour où nous aurons un moyen facile d'enregistrer la parole, nous obtiendrons sur tous les tracés des signes qui nous permettront de lire ce caractère commun.

Mais si, à côté des paralytiques, nous plaçons des déments séniles, des individus atteints de ramollissement ou d'hémorrhagie cérébrale, des sujets avec des tumeurs, les troubles de la parole sont tout autres, et c'est là que nous retrouvons la lenteur et l'empâtement. Si, avec M. Charpentier, nous poursuivons l'énumération des symptômes, nous voyons que la langue restait *pendante* et embarrassée entre les dents. Quel est donc le paralytique général chez

lequel, à moins de complication ou de lésion accessoire, on trouve la langue pendante? Mais, même à la troisième période, la langue est mobile et tout le monde a remarqué le jeu de trombone qu'elle présente à ce moment quand on invite le paralytique à la sortir hors de la bouche.

L'hésitation de la parole, ce symptôme capital de la paralysie générale, n'existait pas chez la malade. Mais si la parole était empâtée, si la langue était immobile, il y avait aussi un abaissement de la commissure droite et encore une parésie du côté droit.

Ce sont tout autant de symptômes absolument différents de ceux qui caractérisent la paralysie générale.

Quelle est donc la signification de ces symptômes?

N'est-ce pas la manifestation d'une lésion circonscrite? Et l'état mental? Il y a surtout une profonde obtusion qui empêche la malade de prêter attention à ce que l'on dit ou à ce qui se passe autour d'elle; toutefois, lorsqu'on insiste, on arrive à se faire comprendre et à obtenir une réponse satisfaisante. Il faut, dit M. Charpentier, l'exciter et en quelque sorte la réveiller. Il y a donc de la somnolence des facultés, de l'oppression, et non la perte réelle, comme dans la paralysie générale.

C'est avec la plus grande peine qu'on parvient à la faire manger, non parce qu'elle refuse ou qu'elle ne peut pas, mais parce qu'elle n'y songe pas; en la stimulant, elle reçoit les aliments.

Est-ce ainsi que se montre le paralytique général?

Celui-ci, même à la dernière période, à moins de délire hypocondriaque, dès que vous le placez en face de son assiette, s'y précipite et, s'aidant à la fois des mains et des lèvres, engloutit, si on ne le surveille, tout ce qui est à sa portée.

Au bout de quinze jours, M. Charpentier observe que la malade répond quelques mots, montrant qu'elle comprend les questions, mais elle éprouve rapidement une fatigue intellectuelle.

Quelque temps après, on ne constate guère que quelques lacunes de mémoire.

Nous ne trouvons pas dans cet état l'affaiblissement réel et généralisé des facultés; c'est, on le voit, de l'hébétéude, de l'obtusion et de la diminution de la mémoire; le jugement et la portée intellectuelle ne sont pas abolis.

Quant aux lésions, ce qui s'est passé hors du crâne, les trois gommes frontales permettent de supposer qu'un travail analogue s'est produit dans la cavité crânienne. Une ou plusieurs gommes, avec l'irritation qu'elles développent dans le voisinage, expliquent suffisamment ce qui a eu lieu.

Peut-être aussi l'ostéite nasale n'est-elle pas étrangère à la névrite optique constatée par M. le D<sup>r</sup> Parinaud.

Il ne faut pas perdre de vue que les lésions permanentes ou d'une certaine durée, des lésions fixes en un mot, qu'elles soient limitées, circonscrites ou diffuses, donnent lieu souvent à des phénomènes intermittents, s'exaspèrent par intervalles. Pourquoi ?

C'est qu'avec la lésion fixe, immobile ou lentement croissante, se montrent des phénomènes accessoires surajoutés : congestions, œdème, troubles vasculaires de tout ordre, sans compter l'irritation fonctionnelle ; ces phénomènes dont le développement est souvent très actif, provoquent des accidents qui viennent troubler la marche de la maladie principale.

M. PAUL GARNIER. — Messieurs, le cas que M. Charpentier vient de vous soumettre est assurément digne de fixer l'attention et légitimerait une discussion approfondie, tant au point de vue clinique que sous le rapport doctrinal. Mais, pour l'instant, mon but n'est que de faire une simple remarque.

Les détails très nets, très précis, consignés dans l'observation que M. Charpentier nous a lue, indiquent qu'il s'agit d'un fait qui peut donner lieu à des interprétations diverses.

La diathèse syphilitique dont M. Magnan et moi n'avons pas eu l'occasion de constater les traces, au moment où la malade a été soumise à notre examen, s'est manifestée, par la suite, de façon à ce qu'il ne puisse y avoir aucun doute sur son existence ; mais est-il absolument indispensable, pour cela, de bannir toute idée d'une paralysie générale ? En principe, rien ne s'oppose à ce qu'une encéphalite interstitielle diffuse évolue chez un individu syphilitique et ne serait-il pas possible d'expliquer, par le fait d'une pareille coïncidence, les symptômes assez complexes présentés par cette malade ?

M. CHARPENTIER. — Cette manière de voir peut, en effet, être soutenue et je rappellerai, à ce propos, que ce fut là un argument déjà mis en avant par M. Christian, lors

d'une discussion analogue qui eut lieu au sein de la Société médico-psychologique, en 1877. Pourtant je serai remarquer à M. Garnier l'amélioration si rapide qui a suivi, dans le cas présent, l'administration du traitement anti-syphilitique.

M. PAUL GARNIER. — Je suis loin de contester la signification que comporte l'efficacité de la médication spécifique. Au surplus, l'existence de manifestations syphilitiques n'étant pas mise en doute, rien ne peut surprendre dans le succès obtenu par M. Charpentier. Mais, en somme, la malade que nous venons de voir, s'il est vrai qu'elle soit moins obtuse qu'à une autre époque, n'en a pas moins encore ses facultés considérablement affaiblies. Je l'ai interrogée avec soin avant l'ouverture de la séance, et je dois dire que je n'ai pu obtenir d'elle aucune réponse quelque peu satisfaisante à propos des questions les plus simples.

Il m'a paru qu'il y a chez elle plus que l'obtusion que l'on rencontre ordinairement dans la syphilis cérébrale ; la physionomie est niaise et la parole est toujours embarrassée. La supposition que l'état de démence si complète, constaté par M. Charpentier, il y a environ six semaines, pouvait être le produit de deux facteurs, syphilis cérébrale et paralysie générale, n'est point invraisemblable. — Par la médication spécifique un amendement assez notable dans les phénomènes morbides a été obtenu ; mais si le néoplasme syphilitique intracrânien a été ainsi heureusement influencé, il n'en a point été, et il ne pouvait guère en être de même, du processus morbide propre à l'encéphalite interstitielle diffuse : la malade, améliorée au point de vue des manifestations syphilitiques tertiaires, n'en reste pas moins aujourd'hui une démente.

M. FOVILLE rappelle, à propos de cette discussion, combien, dans certains cas, il est facile de confondre la paralysie générale avec une syphilis à déterminations encéphaliques, et cite plusieurs faits qui remontent déjà à plus de dix ans et où cette confusion a été faite d'une manière absolue. On avait affirmé le diagnostic de paralysie générale et l'autopsie fit découvrir, non point les altérations anatomiques de cette affection, mais bien des gommes cérébrales.

M. DELASIAUVE. — Pour se faire une juste idée de la *pseudo-paralysie générale syphilitique*, il importe d'abord

de bien circonscrire ce qu'on doit entendre par la paralysie générale elle-même. Dès là qu'on en fait une espèce mentale, la première pensée qui surgit c'est que cette affection, dans son évolution typique et plus ou moins latente à l'origine, s'accuse graduellement par des symptômes portant à la fois sur la motilité et les manifestations mentales. C'est ce que paraît avoir pensé Bayle qui, le premier, attribua l'ensemble des phénomènes à une méningite chronique. Sa description laisse peu à désirer. A part le double siège qu'il lui assigne, *péri-méningo-encéphalite diffuse*, M. Calmeil ne diffère guère que par le titre : *De la paralysie considérée chez les aliénés*. Dans toutes ses autopsies, Delaye aurait rencontré l'endurcissement de la substance blanche et souvent le ramollissement de la substance grise. Espèce distincte, l'affection que, voulant lui conserver son rang parini les vésanies, Parchappe nomme *folie paralytique*, serait aussi, selon lui, caractérisée anatomiquement par un ramollissement inflammatoire de la couche corticale. Enfin, sans nier cette origine, M. Baillarger croit à une distinction nécessaire, et que beaucoup de cas ne sont au début que des manies congestives, particulièrement ambitieuses.

Une autre constatation a été faite, à laquelle ont adhéré MM. Lunier, Baillarger, Billod et Casimir Pinel. Il s'agit de la paralysie générale progressive décrite par Requin et Sandras. Ou la lésion paralytique évoluerait seule, ou ce n'est que plus tard que viendraient s'y joindre les phénomènes psychiques. Devrait-on cependant ne voir là qu'un même état morbide ? N'y aurait-il pas plutôt diversité de siège, sinon de nature ; par exemple, modification intime de tissu pouvant, de la partie supérieure de la moelle allongée, se propager aux couches encéphaliques ?

Ainsi se posait la question lorsqu'en 1851, travaillant à un ouvrage, resté inédit, sur la paralysie générale, j'en détachai, pour les *Annales médico-psychologiques*, un chapitre relatif à la classification et au diagnostic différentiel. J'avais réuni bon nombre d'observations. Seulement, grâce aux oppositions permises par le règlement et systématiquement multipliées par une sorte d'association clandestine, nous perdions souvent l'occasion de faire des autopsies, qui eussent pu être instructives. Néanmoins, la somme des documents recueillis sous ce rapport, jointe à l'étude analytique des faits eux-mêmes, nous conduisit à une interprétation

dont la nuance fondamentale s'éloigne à certains égards des conceptions que nous venons de préciser.

Qu'une inflammation sourde et graduelle, soit des méninges ou de la périphérie cérébrale, donne lieu à la paralysie générale, on ne saurait le nier. Mais en est-il toujours ainsi? Et ce cas même est-il celui qui caractériserait la forme réellement essentielle et typique? Nous avons eu des raisons d'en douter. Dans une affection d'aussi longue durée, les preuves tirées de l'anatomie pathologique n'ont pas toujours une signification absolue. Non moins que la cause, les lésions ne peuvent-elles être l'effet du processus morbide? En suivant idéalement ce processus dans sa source obscure et son évolution accidentée, il nous a semblé plus rationnel de l'attribuer à une altération intime, *sui generis*, interstitielle et envahissante.

Quelle serait sa nature? Loin du début et souvent même après un long espace, ne rencontrant dans les couches extérieures du cerveau que des modifications de coloration et de consistance, nous ne nous sommes pas cru autorisé à trancher la difficulté. La présomption concorde, toutefois, avec les données qui l'ont fait naître. Tels soient les changements histologiques subis par les tissus, interposition d'éléments étrangers, indurations, etc., ce qu'on peut conjecturer, c'est qu'en une étendue tendant à s'accroître, il existe là une condition éminemment perturbatrice de la circulation capillaire.

Aux signes propres à la lésion primitive, viendraient ainsi se joindre des accidents congestionnels d'intensité et de durée variables. Une gêne légère ou transitoire n'entraînerait naturellement que de faibles conséquences : un délire plus formel, des maux de tête, des vertiges peut-être. L'obstacle cessant, le sang rentré dans la circulation, la situation revient à son point. Mais, en vertu des traces locales, une première crise en appelle d'autres. Celles-ci, en vertu des traces successives, affectent souvent le caractère apoplectique ou épileptique qui, l'un ou l'autre, ne sont pas même rares au début. Accentués durant ces paroxysmes, les symptômes, plus ou moins amoindris, subsistent généralement dans les intervalles, quoique, par cas fortuit, on signale, même à des périodes avancées, des amendements imprévus, qui simulent presque des guérisons. Non seulement le retrait du sang rend leur élasticité aux

capillaires les moins distendus, mais on arrive à penser qu'une partie, la plus récente, des molécules interposées se résorbe.

Certes, ce résultat est mystérieux. Mais il ne l'est pas plus que la rémission elle-même. Au surplus, il a ses analogues. N'est-ce pas le propre de beaucoup de maux chroniques d'avoir en quelque sorte leurs moments de repos ? A quoi tient, par exemple, que des angoisses de dents, après avoir sévi et cédé dix fois en un jour, disparaissent des mois entiers, sans raison apparente ? Cela dépend du temps, des saisons, de maintes influences occultes. Quoi d'étonnant qu'il en puisse être ainsi des arrêts prolongés de l'évolution paralytique, à supposer que rien de nouveau ne vienne entraver la circulation locale et que peut-être soient reprises les particules hétérogènes peu adhérentes aux cellules ou aux parois vasculaires.

Hypothèse, soit. Elle s'harmonise du moins avec les phases uniformes ou régressives de la maladie. L'inflammation et ses suites ne s'expliquent pas moins bien secondaires que primitives. Il est naturel que, prenant de plus en plus d'importance, le travail morbide occasionne des phlegmasies subaiguës, des adhérences méningiennes, des indurations ou des ramollissements, des épanchements sanguins ou séreux, etc., etc.

M. Baillarger fait une part importante à la manie congestive. Il a cru aussi que les troubles moteurs apparaissent souvent les premiers. Mais à cette congestion, à ces symptômes, il faut une cause. Que d'individus restent indéfiniment soumis à un pénible état congestionnaire, sans devenir paralytiques généraux ! Au même titre, on devrait en compter un grand nombre parmi les épileptiques, dont les attaques violentes et répétées favorisent doublement la stase sanguine dans le cerveau, et par l'attrition de l'organe, et par le ralentissement de la circulation capillaire. Or, précisément, ce qui doit donner ici à réfléchir, c'est qu'à Bicêtre, par exemple, tandis que la paralysie générale abonde dans les sections d'aliénés, à peine si l'on en rencontre un seul cas dans celle des épileptiques. Non que la double dégradation physique et mentale y soit rare, tant s'en faut. Entre les deux ordres de maladie il y a cette différence que l'un tient à une cause traumatique, l'autre à une altération pathologique. A part les dégénérationes locales,

le cerveau est, dans son ensemble, plutôt opprimé que lésé chez les épileptiques. Aussi, même avancés, conservent-ils, pour la plupart, une aperception de la vie réelle que n'ont pas les paralyvés généraux.

De ce chef il y aurait donc une distinction à faire. Mais ce cas n'est pas le seul où la coexistence des symptômes physiques et moraux pourrait en imposer pour une paralysie. Aujourd'hui qu'en dehors de la spécialité, dont elle fut d'abord une préoccupation exclusive, cette affection attire l'attention de tous, il nous a paru d'autant plus utile de bien la circonscrire qu'on est exposé souvent à confondre sous ce nom des variétés réellement différentes.

C'est cette éventualité que, précisément, notre essai de diagnostic différentiel avait pour but de prévenir. D'ordinaire, les méningites ou méningo-encéphalites ont une marche rapide, et fréquemment, lorsqu'elles guérissent, soit adhérences ou hydrocéphalie, laissent dans la physiologie et le caractère, des traces peu susceptibles de dégénérer et de dépasser le niveau de la singularité et de l'hébétude.

Assurément, il n'est pas impossible que, passant à l'état chronique ou affectant d'emblée cette forme, la maladie accuse des traits spéciaux approximativement identiques. Comme on ne s'est point placé à ce point de vue, *c'est un parallèle à établir*. Notre division porte sur des éléments plus catégoriquement distincts, et parmi lesquels figure *implicitement* celui qui fait la base de la discussion actuelle : l'élément syphilitique. Disons incidemment que cette division a traversé l'Allemagne avant d'être remarquée en France.

La folie, sous ces divers aspects, tend souvent à l'incubabilité. Il est commun qu'en vieillissant elle se complique d'altérations paralytiques, qui la rapprochent de la paralysie générale. Par opposition à la forme idiopathique, nous avons donc admis une première catégorie comprenant les cas afférents à cette forme consécutive, puis, ayant assigné au groupe ses traits différentiels, nous avons essayé de préciser ceux propres à chaque espèce : manie, monomanie, hallucinations, démence, stupidité, etc.

Particulièrement le délire épileptique et celui des ivrognes présentent des caractères et subissent des complications qui nous ont paru mériter un examen comparatif



spécial. De même de l'encéphalopathie saturnine. Une folie survenue dans la convalescence du choléra semblait calquée sur le type même. L'issue, conforme au pronostic, fut rapide et favorable. Pareil fait s'observe parfois à la suite des fièvres graves. Telles formes éruptives, la pellagre, telles substances délétères dont on abuse ou auxquelles on est exposé, opium, hachisch, datura stramonium, etc., ont exceptionnellement cet effet. Enfin, après un rapprochement entre la paralysie générale, espèce mentale, et la simple paralysie progressive, celle-ci à siège limité ou susceptible de s'étendre de la moelle épinière aux couches cérébrales, nous avons clos ce diagnostic par l'exposé des cas provenant de graves lésions encéphaliques : tubercules, cancers, apoplexies, ramollissements, kystes, etc. Outre les signes directs, notamment les paralysies localisées à un côté du corps ou à tel ou tel membre, on a constaté, et cela va de soi, qu'en général, l'extension graduelle du trouble moteur devance l'apparition des phénomènes psychiques. L'ouvrage, s'il vient à paraître, réunira des séries d'observations à l'appui des distinctions qui précèdent. Quant à la pseudo-paralysie générale syphilitique, évidemment, si nous n'en avons pas parlé, c'est que l'attention ne s'était pas portée sur ce point, comme depuis les travaux de M. Alfred Fournier, qui a si bien décrit les ravages occasionnés dans le système nerveux central par cette cause spécifique. Elle a sa raison d'être dans notre nomenclature, ainsi que toute autre variété analogue, qui viendrait à se révéler. Nos remarques leur sont applicables. On pourrait, d'ailleurs, par un traitement *ad hoc*, en espérer la cure ou une amélioration.

M. LEGRAND DU SAULLE demande à M. Magnan s'il admet les pseudo-paralysies générales et notamment ce qu'on a appelé la pseudo-paralysie générale alcoolique.

M. MAGNAN. — Mais absolument pas. Le terme de pseudo-paralysie générale alcoolique n'a, pour moi, aucune raison d'être. Il y a, en effet, bon nombre d'alcooliques qui deviennent paralytiques généraux; l'alcool ayant déterminé, en ces cas, le processus de la prolifération conjonctive. comme, en d'autres cas, il amène la dégénération athéromateuse.

Quant à la pathogénie syphilitique, j'en suis encore à trouver un cas où la paralysie générale vraie soit imputable à

ces lésions spécifiques. Pourtant, *a priori*, je puis admettre qu'une diffusion exceptionnelle, et comme je n'en ai point encore rencontré, ainsi que je viens de le dire, donne lieu à la production de l'encéphalite interstitielle diffuse. Je pose donc à cet égard un point d'interrogation.

M. A. VOISIN. — Il y a quelques années, un médecin d'Asnières m'adressait un de ses malades qu'il traitait depuis un certain temps pour une paralysie générale. La personne en question avait eu de nombreuses attaques épileptiformes, présentait de l'obtusion intellectuelle et une monoplégie du membre inférieur droit.

Un examen attentif me fit découvrir quelques signes de syphilides cutanées et, par une enquête bien conduite, je finis par apprendre qu'il y avait eu une syphilis, quinze ans auparavant.

L'hésitation de la parole ressemblait aux troubles de l'articulation que l'on rencontre chez beaucoup d'hémiplégiques. Evidemment, il y avait eu erreur de diagnostic et il s'agissait d'un syphilitique atteint d'accidents cérébraux.

Un autre malade m'avait été aussi amené comme étant atteint de paralysie générale; je trouvais de l'obtusion des facultés, une parole embarrassée, mais non à la façon des paralytiques généraux; de plus, il existait des paralysies partielles qui me mirent sur la voie. Ce signe est, en effet, un véritable critérium en pareil cas : j'avais bien affaire à un syphilitique.

J'ai eu dans mon service une malade offrant la même symptomatologie; elle a été très rapidement améliorée par le traitement antisiphilitique.

M. MOTET. — Messieurs, la discussion, dont la communication de M. Charpentier a été le point de départ, présente un très haut intérêt, en touchant à la question si actuelle des pseudo-paralysies générales. Je crois, quant à moi, qu'il convient de résister aux tendances qu'indique la création de ces prétendus types morbides et de protester contre l'envahissement, dans la pathologie mentale, de toutes ces pseudo-paralysies générales. Je n'ignore pas que parfois de grandes analogies peuvent être invoqués, mais il n'en est pas moins vrai que si, dans ce rapprochement, on examine de plus près, on trouve des différences fondamentales qui priment les analogies. Au surplus, l'anatomie pathologique établit nettement les dissemblances et, sous ce rap-

port, les derniers et importants travaux de M. Lancereaux sont bien propres à trancher formellement la question.

Je me souviens d'un malade syphilitique que j'eus l'occasion de suivre longtemps d'une manière attentive. Un syphiliographe éminent appelé à l'examiner n'avait pas hésité à déclarer qu'il s'agissait d'une paralysie générale et non d'une syphilis cérébrale; c'est inutilement que je m'efforçai de lui signaler les raisons qui plaidaient en faveur de mon diagnostic, je ne réussis pas à le convaincre. A part les cas où le malade vient d'être frappé d'un ictus épileptiforme, conditions dans lesquelles a précisément eu lieu l'examen à la préfecture, pour le fait qui nous occupe en ce moment, le diagnostic est possible.

M. CHARPENTIER. — Assurément, entre les cas types, la différenciation pourra toujours être établie; mais où la difficulté devient parfois très grande, c'est lorsqu'on se trouve en présence de faits moins nets et s'éloignant des formes normales.

M. MOTET. — Même en de telles circonstances une observation prolongée du malade permettra, je crois, de discerner les nuances et d'asseoir le diagnostic sur des données positives.

M. MAGNAN fait remarquer qu'au surplus il ne peut y avoir d'hésitation que lorsqu'il s'agit d'une paralysie générale à la première période; à cette époque de la maladie, en effet, il y a des cas frustes, et certaines complications, l'alcoolisme par exemple, peuvent masquer la véritable affection.

M. LE PRÉSIDENT, à la clôture de cette discussion, adresse à M. Charpentier les remerciements de la Société pour sa très intéressante communication.

La séance est levée à six heures.

D<sup>r</sup> PAUL GARNIER.

---

## SÉANCE DU 29 OCTOBRE 1883

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 30 juillet.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. Billod qui s'excuse de ne pouvoir pas assister à la séance.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Vassitch (de Belgrade) demandant à faire partie de la Société comme membre associé étranger et présentant à l'appui de sa candidature sa thèse inaugurale *sur la chorée des adultes*.

Une commission composée de MM. Falret, Féré, Ballè, rapporteur, est nommée pour examiner les titres et travaux de M. Vassitch.

3<sup>o</sup> Une lettre de M. le Dr Frigerio, médecin adjoint du manicomie provincial de Pesaro, demandant à être nommé membre associé étranger de la Société médico-psychologique. M. Frigerio a fait parvenir plusieurs travaux à l'appui de sa candidature :

*Automutilation chez les aliénés;*

*Nouvel essai thérapeutique de la rage;*

*Instructions à l'usage des infirmiers d'asiles d'aliénés;*

*Anomalies vasculaires du cerveau des aliénés.*

Une commission composée de MM. Christian, Ritti, Motet, rapporteur, est désignée pour examiner les titres et travaux de M. Frigerio.

4<sup>o</sup> Une lettre imprimée adressée par M. le professeur Steenberg, président du comité d'organisation de la section de psychiatrie et de neurologie du Congrès de Copenhague, dont la huitième session doit avoir lieu en 1884; cette lettre invite les membres de la Société médico-psychologique à honorer le congrès de leur présence; à la lettre se trouve joint le programme de la section.

La correspondance imprimée comprend :

1<sup>o</sup> Le *Bulletin de la Société médico-pratique* 1881-1882.

2° Le *Bulletin de la Société des sciences médicales de Lyon*.

3° Le *Bulletin du manicomie de Fleurent*.

4° *Contribution à l'étude des localisations cérébrales et du gliôme cérébral*; par MM. Tamburini et Marchi.

5° *Etude médico-légale sur un cas d'imbécillité morale avec idées fixes et impulsions (parricide, fratricide et tentatives de matricide à l'âge de seize ans)*; par MM. Tamburini et Seppilli.

6° *Les projets de loi sur les aliénés en Italie et en France*; par M. Tamburini.

7° *De la folie du doute avec crainte du toucher, et sur les idées fixes et impulsives*; par M. Tamburini.

M. PAUL MOREAU (de Tours) fait hommage à la Société de son article : *Suicide*, extrait du *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*.

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le Dr Brandao, professeur de la faculté de médecine de Rio de Janeiro, assiste à la séance.

#### *Rapport de candidature.*

M. MAGNAN fait un rapport verbal sur la candidature de M. Peeters, inspecteur de la colonie de Gheel, et conclut à la nomination du candidat comme membre associé étranger. M. Foville appuie les conclusions de M. Magnan.

M. Peeters est nommé à l'unanimité membre associé étranger.

#### *De l'alcoolisme en Pologne.*

M. MOTET donne lecture de la communication suivante envoyée par M. Lubelski, de Varsovie, membre associé étranger de la Société :

MONSIEUR LE PRÉSIDENT,

Je crois répondre à ma mission de membre correspondant de notre Société, en rendant compte à cette savante compagnie d'un travail consciencieux de quatre-vingts pages que notre collègue, M. le Dr Rothe, médecin directeur des asiles d'aliénés à Varsovie (Pologne), vient de publier en polonais sous le titre de : *Empoisonnement chronique par l'esprit-de-vin ou alcoolisme*.

Cette étude, publiée par la *Gazeta lekarska* (gazette médicale), de Varsovie, constitue un ouvrage sérieux dont, incidemment, j'ai déjà parlé au congrès d'hygiène de Genève (V. *Revue d'hyg.* 1882, septembre, p. 764-765) et dont j'essaierai de résumer les principaux chapitres.

S'inspirant de l'idée que les boissons alcooliques *doivent* être rangées parmi les excitants, l'auteur en étudie d'abord l'action sur l'organisme en général. Il discute les trois époques, admises par *Baer* pour l'histoire de l'alcoolisme (*Baer. Der Alcoholismus*, Berlin 1878) et les grandes pertes, que d'après *Everett* (de Washington), les Etats-Unis subissent continuellement par l'abus des alcooliques, autant en hommes qu'en numéraire et en forces productives.

La partie historique du travail qui nous occupe relate que c'est à *Arnault de Villeneuve* et à *Raymond Lulle* (sinon aux Arabes) qu'on doit quelques recherches sur l'alcool, mais que ce n'est qu'en 1796 que *Lowitch* réussit à obtenir de l'alcool anhydre (*Koppe*). Ceci dit, le Dr *Rothe* passe à l'examen de l'action physiologique de l'alcool.

Ici, nous relevons les recherches du professeur *Dogiel* (Kazan, Russie) tendant à prouver que l'absorption de l'alcool se fait plutôt par l'action des veines, que par les lymphatiques. D'après cet auteur, que nous connaissons comme expérimentateur *di primo cartello*, on retrouve l'alcool dans le sang et dans la lymphe du canal thoracique, une minute et demie après son ingestion.

M. *Rothe* étudie ensuite l'action de l'alcool sur les différents systèmes de l'organisme. Les noms de *Magnus Huss*, de *Lallemand*, ceux de *Liebig*, *Duchek*, *Bouchardat*, *Sandras*, *Perrin*, *Duroy* et autres, prouvent que la littérature du sujet lui est parfaitement connue. Il en est de même pour l'action *pathologique* de l'alcool, étudiée à fond dans le chapitre suivant.

L'hérédité de l'alcoolisme occupe un chapitre spécial. Ici, nous retrouvons bien des noms chers à notre Société : *Morel*, *M. Lancereaux*, *M. Taguet*, *Marcé*, *M. Magnan*. J'en passe et des meilleurs.

Le chapitre sur le rapport de l'alcoolisme et des climats n'est pas des moins curieux ; il en est de même des relations de l'alcool et de la force productrice, où, de déduction en déduction, l'auteur arrive à prouver que l'accroissement

des forces, produit par l'alcool, n'est que passager, artificiel, nuisible et suivi de prostration.

En parlant *des âges*, M. Rothe prétend que le vieux dicton *Vinum lac senum* ne saurait être pris au sérieux. Nous en demandons pardon à notre savant confrère et collègue, mais la pratique journalière nous fait nous ranger au nombre des partisans du proverbe.

A la page 30 nous trouvons quelques notes sur l'emploi de l'alcool dans le traitement des maladies, et en particulier, dans l'aliénation mentale. Ici l'auteur se ralliant à *Obermeier*, désire voir le vin prescrit plus souvent que l'éther ou l'eau-de-vie, dont il voudrait limiter l'usage à la nécessité la plus absolue.

Suit (p. 32) un chapitre magistral, d'abord sur les boissons alcooliques en général, et sur l'action de leurs produits, en particulier.

M. Rothe insiste sur l'identité absolue des différents alcools; quelle que soit leur extraction; il énumère les huiles éthérées de toute espèce; passe en revue les liqueurs fortes des différents pays et leur pour cent d'alcool.

Ici encore, nous retrouvons à la place d'honneur le nom si respecté de *M. Magnan*, puis les analyses des nombreuses variétés de bière vendues à Varsovie, par *M. Weinberg fils*, chimiste dont j'ai déjà cité les travaux en 1878, lors du Congrès d'hygiène de Paris. Elles contiennent en moyenne 5/6 p. 100 d'alcool.

M. Rothe rappelle les assertions quelque peu exagérées de *Payen* sur la valeur nutritive de la bière, ainsi que les recherches ultérieures de *Gorup* et de *Knapp*, et en dernier lieu, en digne descendant des Germains, milite assez sérieusement en faveur de l'usage modéré de la boisson si chère aux nationaux de Gambrinus. M. Rothe insiste sur l'absence de toute matière toxique dans la bière polonaise, tandis qu'en Angleterre les sophistications ne sont pas toujours anodines, et constate avec une satisfaction que nous partageons de tout notre cœur, que, dans ces derniers temps, la bière tend à remplacer l'eau-de-vie chez les paysans polonais.

D'après l'auteur, le vin ne contient pas plus de 15/17 p. 100 d'alcool; le surplus, s'il y en a, provient d'une addition et c'est ce qu'on nomme *alcoolisation* du vin naturel.

C'est à la page 39 que l'auteur étudie l'alcoolisme dans

les différents pays. Il discute d'abord l'influence du climat, comme moment étiologique de l'abus des alcooliques, constate les ravages exercés par l'eau-de-vie sur les populations aborigènes de l'Amérique, du Victoria Land, de la Nouvelle-Zélande, etc.

En général, peu d'ivrognes dans les pays méridionaux, beaucoup plus vers le Nord. Ainsi pour l'Italie, selon *Verga* (*Archivio statistico* II et V), la « frenesia alcoolica » et les « deliranti » ont considérablement augmenté ces derniers temps en Lombardie et dans la Vénétie.

Nous arrivons à notre belle France sur le compte de laquelle M. Rothe s'exprime de la manière suivante :

« Il y a peu de temps, la France passait pour un pays de tempérance.

« Suivant la localité les habitants buvaient du vin, du cidre, de la bière, mais rarement de l'eau-de-vie. L'ivrognerie était relativement rare. — Ce n'est que depuis le premier quart du dix-neuvième siècle, que le délire alcoolique devient plus fréquent. »

Suit le tableau si connu de M. Lunier (13,94 p. 100) et du regretté *Morel* (20,00 p. 100) sur le nombre des aliénés alcooliques.

La séparation des cantons suisses a rendu fort difficile tout recensement statistique ; l'auteur se borne à citer le canton de Neufchatel, où (1849-1875) les alcooliques formaient 10/15,2 p. 100 des aliénés. La consommation des eaux-de-vie augmente à Berne et à Bâle de manière à attirer l'attention des autorités locales.

L'agglomération hétérogène *austro-hongroise* présente des chiffres variables suivant les provinces et les nationalités. Ici, les boissons varient de province à province et M. Rothe, résumant les recherches de Baer et de Nasse, fait les citations suivantes :

En 1868, on comptait dans la Galicie autrichienne 4,220 distilleries et fabriques d'eau-de-vie ; la consommation des alcooliques pour toute la monarchie s'élève d'année en année d'une façon invraisemblable, et on peut admettre que 13 p. 100 des cas d'aliénation mentale se rattachent à l'abus des spiritueux.

Les Etats-Unis de l'Amérique du Nord présentent une moyenne de 45,38 litres de boissons alcooliques par tête, et en 1874, le Dr *Kirkbride* estimait que le chiffre des alcool-



liques formait plus de 13,42 p. 100 du nombre total d'aliéné.

En *Angleterre* la dépense pour les alcools est évaluée (1876) à quatre livres et neuf shillings par tête, ce qui explique pourquoi sur cent aliénés les différentes formes d'alcoolisme comptent 28-30 p. 100 de représentants.

En *Belgique*, en 1870, on comptait un *débit de boissons pour douze adultes* et 13 p. 100 d'aliénés alcooliques. En *Hollande*, une population de treize millions et demi payait, en 1873, plus de *dix-sept millions* de florins hollandais d'impôt sur les eaux-de-vie, et comptait 14 p. 100 d'aliénés alcooliques. Le *Danemark* ne donne rien de précis. En *Suède* et en *Norvège*, le débit des spiritueux atteignit son maximum en 1873, où a commencé un mouvement rétrograde.

Les célèbres recherches de *Magnus Huss* (qui, comme on sait, forment époque dans la littérature du sujet, et ont, pour ainsi dire, servi de point de départ à tous les travaux ultérieurs sur l'alcoolisme) admettent une consommation de 10,34 litres d'eau-de-vie, 44 litres de bière et 0,36 litres de vin par tête.

Le chapitre consacré à l'*Allemagne et aux Allemands*, dont l'ivrognerie était déjà constatée par *Tacite*, mérite une attention spéciale. L'auteur, comme le dit son nom, est d'origine allemande : cela ne l'empêche nullement de parler *sine ira sed cum studio* des compatriotes de ses aïeux. Il nous révèle un fait curieux : c'est que, aux treizième et quatorzième siècles, on cultivait la vigne même dans des contrées qui, actuellement, s'y prêtent le moins. Faut-il admettre que ces parties de l'ancienne Germanie ont changé de climat ? Cette époque connaissait-elle déjà les ravages du phylloxera, ou est-ce le déboisement des forêts voisines qu'il faut accuser ? Peut-être aussi les grandes guerres de cette époque ont-elles détruit les vignes allemandes, comme la dernière guerre russo-turque les roses de la célèbre vallée de Kazanlyk. Toujours est-il qu'il en est comme des neiges d'antan... *nec locus ubi Troja fuit*.

Il m'est impossible de suivre M. Rothe pas à pas dans son travail, et, comme pour le pays précédent, je me borne à citer quelques chiffres. L'Allemagne et surtout le midi de ce pays produit 4,400,000 hectolitres de vin ; en Prusse, on compte une moyenne de 6 litres de vin par homme, mais

en revanche, la production de l'eau-de-vie fabriquée de blé ou de pommes de terre augmente, pour ainsi dire, de jour en jour, surtout dans le nord et l'est de ce pays.

D'après une statistique officielle, dressée en 1871 dans toute la Prusse, chaque habitant consommait en moyenne 6,29 litres; en 1873, la production de l'alcool (à 50 p. 100 Trallès) en Prusse répondait au chiffre de 14,9 litres par habitant. Le minimum (6,3 litres) correspondait à la province de Hohenzollern, 34,9 à celle de Posen; le maximum, soit 34,9 s'écoulait dans les provinces de Potsdam et de Francfort-sur-l'Oder. La même statistique nous affirme qu'en 1878, tout Allemand consommait 10,75 litres d'eau-de-vie à 50 p. 100 de Trallès, plus 97 litres de bière.

Le nombre d'aliénés alcoolisants est pour les provinces méridionales 7 p. 100, pour les provinces du nord 27 p. 100. Casper prétend qu'un tiers d'aliénés est alcoolique; Nasse que  $\frac{1}{4}$  ou  $\frac{1}{3}$ , et que, chez les hommes, sur 100 aliénés il y a 27,7 alcooliques, chez les femmes 1,63 p. 100. Tous cependant arrivent à la conclusion que la fréquence de l'aliénation mentale correspond à l'abus progressif de l'eau-de-vie.

Les trois parties constituant de l'empire des csars : le grand duché de Finlande, la Russie et le royaume de Pologne sont l'objet d'un chapitre aussi curieux que laborieusement étudié. Nous ne pouvons suivre l'auteur dans tout ce qu'il nous raconte, et que, chiffres en mains, il veut nous prouver; nous connaissons les efforts qu'il a faits auprès des autorités pour avoir les documents nécessaires à son travail, mais nous savons aussi, que si jamais la statistique ne fait que se rapprocher de la vérité, c'est surtout dans un pays aussi vaste, peuplé d'une manière aussi hétérogène que les possessions russes, qu'elle est sujette à caution. *Sapienti sat...*

Les Finlandais consommaient en 1862 en moyenne 4,4 litres de spiritueux par jour. Nous croyons cependant (et notre ami M. Kœchlin-Schwartz nous appuiera au besoin) que les Laponais boivent plus que les Finlandais et les Suédois. La différence est en rapport avec leur instruction.

La Russie proprement dite, où les eaux-de-vie forment le revenu principal de l'Etat, se trouve dans une position difficile à définir. A côté des ivrognes de profession il y a

des sectes et même des peuplades entières qui ne boivent aucune liqueur spiritueuse. Il en est de même de l'impôt sur la fabrication et la vente des eaux-de-vie : plus l'impôt est élevé, plus l'importation par contrebande, la fabrication clandestine, et les sophistications des alcooliques augmentent.

Ces détails d'ailleurs, universellement connus et fréquemment signalés par la presse, sont plutôt du domaine de l'économie sociale que de celui de la médecine. Aussi nous bornons-nous à rappeler au lecteur, ce que feu le D<sup>r</sup> Landowski (Edouard) en a dit au congrès de Genève (1882), et à citer les chiffres suivants que M. Rothe lui-même emprunte à M. Hermann (de Saint-Petersbourg).

Ce dernier affirme qu'en Russie, en général, la consommation de l'eau-de-vie est de douze litres, et à Saint-Petersbourg en particulier de près de 44 litres par habitant. L'impôt sur les spiritueux, en 1876, avait rapporté à l'Etat près de 192 millions de roubles (le rouble 2 1/2 francs au cours d'aujourd'hui, soit le franc à 40 cop. en moyenne). Et l'eau-de-vie non déclarée??? Un tiers des aliénés peut être considéré comme alcoolique.

Le *royaume de Pologne* dans ses limites actuelles, telles que les a assignées le congrès de Vienne en 1815, forme un chapitre à part de l'œuvre de M. Rothe. Désireux de prouver que les proverbes « boire comme un Polonais, être soûl comme un Polonais » ne sont que des dictions de mauvais aloi, M. Rothe étudie chiffres en mains et d'une façon vraiment magistrale tout ce qui se rattache à cette question chez nous. Nous, qui sommes Polonais de cœur et de nation, né et élevé dans ce pays, nous ne pouvons que le remercier de toute la peine qu'il s'est donnée à ce sujet en réunissant des documents officiels pas ou peu accessibles au public; d'autre part cependant, et nous ne sommes pas les seuls à le penser, nous croyons qu'il a accepté avec trop de confiance les chiffres que les chefs de l'administration des droits sur les eaux-de-vie (accise) ont pu mettre à sa disposition. Aussi les contradicteurs et les critiques sérieux ne lui ont-ils pas fait défaut, dès l'apparition de son travail (D<sup>r</sup> Koludzki), et M. Rothe lui-même reconnaît qu'il ne fallait accepter que sous toute réserve les chiffres fournis par les autorités compétentes.

Ceci dit, nous devons reconnaître qu'il a étudié son sujet

*con amore*. Il nous parle d'abord du nombre des distilleries en Pologne ; du contrôle officiel exercé au moyen de l'appareil alcoolométrique de Trallès ; des fraudes nombreuses dans la production et dans la vente, dans l'importation et l'exportation des alcooliques.

Il reproduit le tableau synoptique de la production *contrôlée* de l'alcool dans les dix gouvernements (provinces) du royaume de Pologne pour arriver en dernier lieu aux résultats suivants :

« Le chiffre des habitants du royaume étant de six millions et demi, et la quantité disponible d'alcool (après l'exportation) étant de 28,390,803,8 litres (Trallès), chaque habitant, sans distinction d'âge ou de sexe, consomme un peu plus de quatre litres. Or, l'alcool de Trallès étant de 80 p.100 et l'eau-de-vie commune (Smierdzu-cha) ne contenant que 40 p.100 d'alcool, il en résulte que tout Polonais n'absorbe que 8,76 litres d'eau-de-vie par an. »

Si, d'autre part, en Hollande, le chiffre de l'alcool annuellement absorbé est de 50,22 litres par habitant ; si, en France (dans la Seine-Inférieure, dans l'Aisne, dans la Seine, dans la Mayenne, dans le Calvados et dans l'Eure), la consommation varie entre 16 et 23 litres par an, tandis qu'elle n'est que de 8,76 litres en Pologne, nous voyons que cette dernière est loin de mériter sa réputation et que les proverbes relatifs aux Polonais ne sont pas justes. Il est vrai qu'en France l'eau-de-vie contient beaucoup plus d'esprit-de-vin.

Depuis quelques années on observe en Pologne, surtout dans les provinces, une diminution des débits d'eau-de-vie, ce qui est d'autant plus consolant, que les sociétés de tempérance n'existant pas, ce n'est qu'à des efforts isolés (clergé, patrons, propr.étaires fonciers) qu'on peut attribuer ce changement, si changement il y a. A notre avis, il faudrait supprimer la moitié des jours fériés, pardons et autres ; les jeûnes et abstinences prolongés, ramener la nourriture du paysan et de l'ouvrier à une ration normale et substantielle, mettre l'instruction à la portée de tout le monde en la rendant obligatoire et sympathique à la nation. Alors, mais alors seulement, les débits des alcooliques, dont M. Rothe compte 4 pour 405 habitants (en Belgique 4 pour 42 adultes) diminueront et nous pourrions approcher,

bien que de fort loin encore, de ce que Michel Lévy appelait l'idéal de l'hygiène : « l'aisance et la moralité. » Malheureusement, et, malgré les efforts des gens de bien, tout un abîme nous en sépare. M. Rothe le reconnaît et reconnaît aussi l'impuissance des mesures prohibitives ; plus on défend de boire, plus on boit et pas seulement les prolétaires.

Un fait curieux à noter et sur lequel nous avons nous-même attiré l'attention de l'auteur, c'est que, dans certains gouvernements (provinces) du royaume de Pologne, les habitants d'origine étrangère, bien qu'y résidant depuis des siècles, sont restés fidèles à leurs principes d'abstinence. Tels sont les Lithuaniens et Samogitiens dans le gouvernement de Suwatki, les philipons, et les vieux croyants orthodoxes dans la même province, les deux petits groupes tatares (province de Suwatki et de Siedlce). Ici le chiffre de la consommation de l'alcool, qui à Varsovie est de près de 9 litres par habitant, atteint à peine 2 litres. Il est vrai que la province de Suwatki est contiguë à la Prusse, et que la contrebande y entre presque sans difficulté, aussi par cela même tout contrôle devient-il illusoire.

De même le long de toute la frontière prusso-autrichienne, à chaque instant, les journaux signalent des escarmouches fréquentes entre contrebandiers et douaniers. Il arrive même, *horribile dictu*, que des contrebandiers brûlent vifs par accident. Leurs habits étant imprégnés d'alcool qu'ils portent dans des vessies, autour de leur corps, une allumette approchée par inadvertance suffit pour détruire l'existence d'un homme.

Les juifs, bien que débitants d'eau-de-vie, sont relativement sobres, et il est assez rare de voir un juif ivrogne de profession.

*La consommation de la bière* joue aussi un grand rôle en Pologne. — Dès 1815, une quantité d'ouvriers et d'industriels allemands ayant fondé de nombreuses fabriques, ont puissamment contribué à la propagation de leur boisson favorite. Aussi M. Rothe divise-t-il avec raison la Pologne en trois groupes de buveurs de bière : 1<sup>o</sup> Varsovie, 2<sup>o</sup> les cinq provinces industrielles par excellence où la population allemande est nombreuse ; 3<sup>o</sup> les cinq provinces agricoles.

M. Weimberg, dont nous avons déjà parlé, a constaté,

que la bière dite ordinaire ne contient que 1/2 0/0 d'alcool et 6 p.100 de matières extractives; celle dite de *Bavière* contient 5/6 p. 100 d'alcool. Aussi cette dernière est-elle fort excitante et étourdit facilement le consommateur, tandis que la bière commune constitue un liquide fade et sans aucune qualité nutritive. La tradition des anciennes bières polonaises (*Karmirus*) paraît décidément perdue... Il faut cependant dire en faveur de nos brasseurs qu'ils n'emploient jamais de narcotiques ou autres poisons, ce qui, d'ailleurs, est interdit par une ordonnance de l'ancien conseil médical du royaume de Pologne.

On boit encore de l'hydromel, des vins de Crimée et de l'étranger, mais ici, comme le dit M. Rothe, les chiffres nous font défaut.

Vu l'élévation des droits d'entrée, le bon vin de Hongrie autrefois fort répandu et le vin authentique de France, le porter, l'ale, etc., ne sont accessibles qu'à un nombre relativement restreint de consommateurs.

En notre qualité de médecin du Consulat général de France, nous entendons fréquemment des plaintes des instituteurs ou des institutrices français, pour lesquels la privation de vin est une des plus dures conditions de leur triste vie à l'étranger. Malheureusement, le vin étant chez nous boisson de luxe, nous ne pouvons y remédier.

A la page 58 de son remarquable travail, M. Rothe évalue à 34,956,999 roubles les dépenses directes causées par les boissons fortes au pays, sans compter le bénéfice que nécessairement les 46,044 débitants doivent réaliser pour pouvoir exister eux et leurs familles.

Il est incontestable que la fabrication des eaux-de-vie de seigle et de pommes de terre forme un des grands débouchés pour l'agriculture. Aussi voyons-nous de plus en plus souvent les propriétaires fonciers s'unir pour exploiter de grandes distilleries. Ici l'élément national s'associe aux capitaux israélites.

Les brasseries (bière) sont la plupart propriété d'industriels d'origine allemande. La vente en gros et en détail, licite et clandestine, est entre les mains des juifs, qui, malgré toutes les difficultés morales, administratives et matérielles, trouvent encore moyen d'y faire fortune; et qui, par l'eau-de-vie, tiennent entre leurs mains et dans leurs poches le paysan polonais, l'ouvrier, et même le proprié-

taire foncier. On construit une maison, vite un juif y installe un débit d'eau-de-vie pour les ouvriers constructeurs. Un enfant vient de naître au paysan, on boit ; on se marie, on boit encore ; on enterre, on boit toujours, ne fût-ce que pour rappeler le vieux dicton : « *Mors a tergo, bibamus ergo...* »

On défend d'ouvrir les débits d'eau-de-vie pendant le service religieux, on en vend clandestinement dans les magasins de comestibles à côté, et ainsi de suite, surtout dans les petites villes et dans les villages. Et peut-on contrôler tout cela ? Aussi le disons-nous, encore une fois, et M. Rothe est du même avis : *les chiffres qu'on lui a fournis sont-ils loin d'être exacts*. Dans la Pologne autrichienne les conditions sont presque identiques.

Les observations que nous a suggérées la partie économique de l'étude de M. Rothe nous ont nécessairement éloigné de la continuation de l'analyse de son œuvre. Nous la reprenons à la page 60, où il parle des crimes commis sous l'empire des spiritueux et de la législation qui s'y rattache. Il cite l'article 143 du code pénal en vigueur en Pologne qui précise que la peine doit être élevée s'il est constaté que l'accusé s'est enivré à dessein dans le but de commettre un délit ou un crime ; si, par contre, il a agi dans un état d'ivresse, mais sans préméditation, ceci lui sert de circonstance atténuante.

M. Rothe rappelle avec raison ce qui a été dit que « l'ivresse résume dans ses accès toute l'histoire de la folie, que *Griesinger* l'a assimilée à la paralysie générale progressive à marche rapide, » et termine en précisant que malgré toutes les circonstances défavorables pour la Pologne, les asiles d'aliénés ne contiennent que 11, 2 p. 100 aliénés alcooliques hommes, et 8, 2 p. 400 d'aliénées alcooliques.

Ces chiffres aussi, comme le dit M. Rothe, militent contre l'ivrognerie proverbiale des Polonais, et il ajoute : « Les cas d'ivresse passagère n'entrent pas dans notre relevé, quant au « *delirium cum tremore* » il est également assez rare. En revanche, là où l'alcoolisme avait déjà revêtu une forme pathologique, le traitement était difficile et la maladie souvent incurable. »

Les derniers chapitres du travail de M. Rothe, exclusivement pathologiques, contiennent la seméiologie de la *dipomanie* (*mania alcoholica periodica*), du *delirium tremens*

sans fièvre, du délire fébrile (Magnan), et des différents états analogues signalés par Krafft-Ebing, Marcel, W. Nasse, (délire des persécutions chez les alcooliques); l'épilepsie des huveurs, observée par Magnan chez les buveurs d'absinthe, et que M. Rothe généralise pour tous les alcooliques, qui, d'après Ebing, fournissent 40 p. 100 d'épileptiques (?). Enfin, entre autres mesures préventives et prohibitives, il préconise la vente du thé à la place de l'eau-de-vie dans des espèces de clubs ou d'auberges, appelés « auberges chrétiennes » qu'on essaie de fonder en Pologne, dans un but fort louable, quoique à notre avis trop exclusif.

La vente du thé en plein vent adoptée en Russie, comme faisant concurrence aux débits d'eau-de-vie, n'a produit à Varsovie que des résultats négatifs.

Nous applaudissons de tout cœur au désir qu'a M. Rothe de voir créer des asiles *spéciaux* pour les alcoolisants. Si nous ne nous trompons, une idée analogue a été émise en France par un confrère dont nous regrettons ne pas nous rappeler le nom.

Nous glissons sur la partie thérapeutique très bien redigée, et nous complétons notre analyse, en ajoutant, à titre de détail bibliographique rétrospectif, qu'avant M. Rothe, quelques fragments sur l'alcoolisme ont été publiés à Varsovie par nos regrettés confrères *Frydrych* et *Lawengluck* (ce dernier en véritable latin cicéronien) et par nous-même dans les *Mémoires de la Société médicale de Varsovie*.

Pour terminer, constatons encore une fois que M. Rothe a écrit un travail complet, conçu et exécuté dans un but louable et patriotique; qu'il a fait en un mot « un livre de bonne foy » (Montaigne).

Agréez, Monsieur le Président et honorés collègues, l'expression de ma sympathie confraternelle.

#### *Cas insolite de névrose convulsive.*

M. LEGRAND DU SAULLE. — Dans la séance du 25 juin 1883, j'ai eu l'honneur de vous entretenir un instant d'une jeune fille paraissant au premier abord beaucoup plus hystérique qu'épileptique, mais dont les crises m'avaient paru, malgré l'absence d'élévation de température, tout à fait épileptiques. J'ai dit que dans l'espace de vingt jours, le personnel vigilant qui ne l'avait pas quittée un seul instant, ni jour, ni nuit, avait enregistré huit mille attaques, qu'elle s'était



tout à coup rétablie après l'administration d'une potion renfermant quinze grammes de bromure de potassium, et j'ai ajouté cette phrase caractéristique : « J'incline à penser que je me suis tout à coup trouvé en face d'un cas absolument exceptionnel, insolite et peut-être sans précédent. » Je viens aujourd'hui compléter cette observation. J'ai pu, en effet, recueillir quelques renseignements, assister depuis ma communication à la Société à une nouvelle série de 21,700 attaques convulsives, dans l'espace de vingt-six jours, et fait voir enfin la malade à un certain nombre de membres de notre compagnie, parmi lesquels je citerai MM. Luys, Delasiauve, A. Voisin, Magnan, Charpentier, Garnier, Féré, G. Ballet et Paul Moreau (de Tours).

Rosa G..., âgée de dix-sept ans, fille naturelle, aurait présenté vers l'âge de douze à treize ans des attaques convulsives sur la nature desquelles il est impossible d'être renseigné. On nous a dit qu'elle avait eu des vertiges, et même probablement des accès incomplets d'épilepsie, avec machonnement et mouvements de déglutition. Nous ne connaissons pas les antécédents héréditaires.

La malade entre à la Salpêtrière, dans mon service, le 24 juin 1884. Depuis cette époque jusqu'en janvier 1883, c'est-à-dire pendant dix-huit mois environ, elle n'a eu aucune attaque. Nous constatons seulement que G... est vive, emportée, d'un caractère irritable et d'une grande coquetterie.

Le 22 janvier 1883, commence la grande série de 8,000 attaques, dont j'ai parlé dans ma première communication. Ces accès ressemblaient à ceux de l'épilepsie partielle, avec prédominance des convulsions du côté droit; mais la température restait toujours normale, tandis que le pouls oscillait entre 120 et 130.

Cette grande série de 8,000 attaques terminée, la malade ne présenta qu'un nombre limité de crises : de mars à septembre 1883, elle eut en moyenne de quatre-vingts à cent attaques par mois, se montrant toujours par série de huit à dix dans l'espace d'une journée, avec plusieurs jours intermédiaires sans crises. Elle prenait alors 7 gr. 50 de bromure par jour, et nous avons remarqué que lorsque l'on baissait la dose du médicament, les attaques reparaissaient.

Nous avons examiné à plusieurs reprises la malade au point de vue de la sensibilité et nous n'avons rien trouvé

d'anormal ; pas de points hystérogènes ; pas de boule hystérique.

Le 3 octobre 1883 (il y avait quinze jours que la malade n'avait pas eu d'attaques), elle est prise d'accès nombreux et répétés se succédant sans interruption.

A ce moment, voici, en général, ce que l'on observe : secousses à droite, clignotement des paupières supérieures et quelques mouvements ondulatoires du ventre, puis quelquefois un petit cri, sans caractère spécial. En même temps, la tête se raidit et se tourne du côté droit ; la face devient rouge d'emblée, les globes oculaires se portent en haut et divergent, la pupille est légèrement dilatée, les paupières sont entr'ouvertes. Les muscles de la face se convulsent surtout à droite, la bouche est largement ouverte et la langue sort quelquefois de la bouche, sans jamais être mordue. Le membre supérieur droit est étendu dans l'adduction et la rotation en dehors, le poignet est un peu fléchi et le poing fermé. Le membre inférieur est dans l'extension et la jambe, en pied-bôt équin, est tournée un peu en dehors. Du côté gauche, le membre supérieur se raidit, mais bien après la jambe droite et à un degré très faible, car le poing ne se ferme pas. La jambe gauche ne se prend qu'un peu plus tard et d'une façon très peu marquée.

Les convulsions cloniques se montrent presque immédiatement à la face et dans les membres raidis du côté droit et se succèdent avec la plus grande rapidité. Il apparaît quelquefois un peu d'écume à la bouche. A gauche, les membres restent un peu raides et étendus, mais on n'observe jamais de mouvements cloniques de ce côté. Les mouvements convulsifs s'arrêtent. A peine la malade a-t-elle le temps de tomber dans la résolution musculaire qu'une nouvelle attaque se produit.

Cette convulsion, on le voit, ressemble à l'épilepsie jacksonienne. Comme dans celle-ci, la convulsion ne s'accompagne pas toujours de perte de connaissance. Ce qui manque à cette épilepsie partielle, c'est la paralysie post-épileptiforme et l'élévation de température.

On ne note ni morsures linguales, ni incontinence d'urine, et l'on reste étonné du calme absolu qui se manifeste dans l'intervalle des crises. La compression ovarienne, d'autre part, ne fournit aucun résultat et nul phénomène hystéri-

forme ne se prononce. Les crises sont donc seulement épileptoïdes.

Après les attaques, le membre droit est contracté et les poings sont fermés. A gauche, le membre devient flasque. La sensibilité ne présente rien d'anormal. Les urines ne renferment point d'albumine.

Du 4 au 14 octobre, on observe des attaques analogues à celles qui viennent d'être décrites. Le bromure de potassium a été élevé de 7 grammes 50 centigrammes à 15 grammes, sans résultats appréciables.

A partir du 14 octobre, les attaques sont plus complètes et le côté gauche est envahi à son tour. En effet, le membre supérieur gauche est tout à fait dans l'extension, les doigts sont contractés et le pouce est fléchi dans la main, comme à droite. Le poignet gauche est fléchi à angle droit sur l'avant-bras, la main et l'avant-bras sont complètement contournés en rotation, la face palmaire étant tournée en haut. La jambe gauche est très raide.

Les mouvements cloniques se montrent alors pour la première fois dans le membre supérieur gauche, mais toujours plus légèrement qu'à droite. La jambe gauche ne présente pas toujours de convulsions. La tête est constamment tournée à droite, du côté le plus convulsé.

On note à ce moment de l'hémianesthésie au tact, à la température et à la douleur, du côté droit. L'examen ophtalmoscopique accuse de l'achromatopsie à droite. La continuation du bromure de potassium à très haute dose et l'application d'un appareil compresseur des ovaires restent sans action aucune.

Le 19 octobre, à trois heures de l'après-midi, les crises changent subitement de forme. A l'attaque épileptoïde qui a été décrite et qui avait fini par se manifester des deux côtés, succèdent des contorsions variées et des hallucinations terrifiantes. Elles se produisent soit à la suite d'une série d'attaques convulsives, soit d'emblée, après une période de repos. Les yeux sont alors largement ouverts et fixes.

Rosa G..., en revenant à elle, rapporte alors qu'elle a vu une grosse boule noire, un gros peloton noir, qui allait et venait, et qui lui a fait grand peur. Le surlendemain, elle voit « une bête verte, sans pattes, qui a des yeux verts et qui rampe. » Elle demande qu'on l'arrête.

Ces phénomènes délirants et hallucinatoires, aussi bien

que la surélévation du bromure de potassium, dont la dose est actuellement de 48, 20 et 22 grammes par jour, ne modifient en rien le nombre des crises épileptoïdes, puisque du 3 octobre au 19, on a compté plus de 44,000 crises absolument épileptoïdes, et que du 18 au 28 on a observé 40,000 crises environ également épileptoïdes, mais accompagnées parfois de phénomènes tout à fait hystériques.

Le 28 octobre, c'est-à-dire le vingt-sixième jour de la maladie, les accès qui s'étaient élevés à 4,354 la veille, tombent à 350; c'est la fin de notre grande série.

Nous voyons donc que jusqu'au 19 octobre, alors qu'aucun phénomène hystérique n'était appréciable, le diagnostic pouvait être incertain. Aussi M. Charcot, qui, sur ma demande, observe Rosa G... depuis les premiers jours de la maladie, pensa-t-il avoir affaire à un cas d'épilepsie symptomatique d'une lésion cérébrale gauche ayant amené l'hémispasme de tout le côté droit. Mais le nombre excessif des attaques, le calme de la malade dans les intervalles des accès, l'absence de paralysie post-épileptique et surtout l'absence d'élévation de température, enfin l'apparition de l'hémianesthésie droite, lui firent abandonner son premier diagnostic, et le portèrent à penser qu'il s'agissait d'attaques d'hystéro-épilepsie. Les phénomènes qui se sont montrés à partir du 19 octobre (hallucinations terrifiantes, délire, contorsions) sont venus confirmer cette manière de voir.

Tel est, messieurs, le cas insolite de névrose convulsive, qu'il m'a paru intéressant de vous communiquer. Chez notre malade, en effet, l'hystérie est restée latente pendant très longtemps, et ce n'est qu'après une série de crises épileptoïdes fort longue que se sont montrés les phénomènes franchement hystériques. Aujourd'hui le diagnostic ne saurait être douteux: nous avons affaire à un cas d'hystéro-épilepsie se distinguant des formes ordinaires par deux points très importants:

1° Par la forme des crises épileptoïdes qui est tout à fait analogue à celle des attaques d'épilepsie jacksonienne;

2° Par le nombre considérable des accès qui dépasse tous les chiffres observés jusqu'ici, puisqu'on en a compté 24,700 en vingt-six jours (4).

---

(4) Le total général des crises pour l'année 1883 dépasse 30,000.

Rosa G... n'a plus d'attaques depuis hier; la grande série d'accès à laquelle nous venons d'assister paraît terminée. Si quelque phénomène nouveau vient à se produire chez notre malade, je m'empresserai d'en faire part à la Société.

M. MOTET. — Quelle était la durée moyenne des petits accès?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Huit, seize, dix-huit secondes; parfois il y a eu cent crises, sans intervalle, parfois six ou huit minutes entre les crises.

M. LUNIER. — Quel était le degré de perte de connaissance dans ces crises?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Elle fut moins intelligente dans la partie de l'observation que je vous apporte aujourd'hui que dans la première période; ce qui peut être dû, ainsi que me le faisait remarquer M. Féré, à l'action stupéfiante du bromure de potassium.

M. LUNIER. — Avait-elle conscience de ce qui se passait autour d'elle pendant ses crises?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Interrogée à ce sujet, elle répondait qu'il lui semblait « que cela avait duré plus longtemps que la première fois. »

M. LUNIER. — Se rappelait-elle ce qui se disait autour d'elle?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Dans la première série, oui; il est certain qu'elle entendait.

M. LUNIER. — Cette conscience est nulle dans les grandes crises épileptiques, c'est un caractère exclusif de la grande crise épileptique.

M. FALRET. — Y a-t-il eu des phénomènes ressemblant à de l'extase ou à de la catalepsie?

M. LEGRAND DU SAULLE. — Aucun.

M. FÉRÉ. — Malgré quelques caractères exceptionnels offerts par le cas très intéressant sur lequel M. Legrand du Saulle vient d'appeler l'attention, on peut dire que l'hystérie s'y trahissait par un certain nombre de particularités que vous voudrez bien me permettre de relever.

La première série de 8,000 attaques offrait un élément de diagnostic de la plus grande valeur : l'absence d'élévation de température et de paralysie excluait l'idée de mal comitial ou d'épilepsie partielle. Si en effet l'hystérie a pu, par la diversité de ses manifestations, mériter la dénomina-

tion de névrose protéiforme, l'épilepsie est malheureusement soumise à des règles plus fixes ; on ne voit guère les attaques d'épilepsie se répéter plus de cent fois par jour sans que la température s'élève, et ordinairement si l'état de mal se prolonge plusieurs jours, la mort arrive. M. Charcot a relevé depuis longtemps l'absence d'élévation de température dans l'état de mal hystéro-épileptique (1).

On a invoqué en faveur de l'épilepsie l'existence de secousses des membres qui se produisaient quelquefois en dehors des attaques ; mais les secousses, pas plus que les attaques syncopales, les absences, les vertiges, ne sont inconnues dans l'hystéro-épilepsie, nous en avons vu plusieurs fois et il est facile d'en trouver des exemples dans les auteurs (2). Quant à l'affaïssement intellectuel qui existait dans l'intervalle des attaques, il pouvait facilement s'expliquer par les doses considérables de bromure absorbées par la malade. L'hypothèse de l'hystérie avait contre elle, disait-on, l'absence de phénomènes permanents en dehors de l'attaque ; le caractère dit hystérique de la malade n'avait pas une grande importance ; mais il restait une réserve à faire ; la sensibilité avait été incomplètement explorée, les sens spéciaux et la vision en particulier, n'avaient point été examinés.

Les attaques étaient, il est vrai, épileptiformes et exclusivement épileptiformes ; mais il n'est pas rare que les hystéro-épileptiques, aient des séries purement épileptoïdes ; quelquefois cette forme d'attaques existe seule pendant des mois (3). Cette anomalie dans la forme des attaques étonnera moins si on veut bien considérer que presque toutes les hystéro-épileptiques offrent à un moment donné des attaques incomplètes, tantôt c'est la phase des contorsions, tantôt c'est la phase de délire qui manque, tantôt c'est l'épileptoïde : nous avons vu une malade chez laquelle la phase épileptoïde n'était souvent représentée que par un mouvement de la pupille (4). Et d'ailleurs, à tout bien considérer, les attaques épileptiformes présentaient des carac-

(1) Charcot, *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 4<sup>e</sup> édit., t. I, p. 376.

(2) Bourneville, *Iconographie photographique de la Salpêtrière*, t. III, p. 69.

(3) *Ibid.*

(4) Ch. Féré, *Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie* (*Arch. de Neurol.*, 1882, t. III, p. 289.)

tères bien propres à les rapprocher de l'épileptoïde de l'hystéro-épilepsie : elles débutaient par des secousses abdominales, des battements de paupières; la bouche était largement ouverte et la langue était quelquefois fortement portée en dehors, comme dans l'attaque démoniaque, mais jamais mordue : il n'y a jamais eu de miction involontaire.

On peut donc dire que s'il y avait des raisons très sérieuses pour exclure l'épilepsie, il n'y en avait aucune qui fût péremptoire pour éloigner l'hystérie.

Il faut relever toutefois que ce cas est peut-être sans précédent pour le nombre des attaques dans une même journée : Georget cite une malade dont les attaques furent si fréquentes et si fortes pendant six mois, qu'elle ne quitta ni le lit ni la camisole pendant ce temps (1), mais il ne donne aucun détail; quant à la malade de M. Charcot, elle n'avait guère qu'une centaine d'attaques par jour.

M. GILBERT BALLE. — Messieurs, si je demande la parole, ce n'est pas pour prolonger la discussion qui s'est établie à propos de la très intéressante observation de M. Legrand du Saulle, mais pour faire ressortir l'intérêt et les enseignements qui résultent du rapprochement de cette observation et de quelques autres, à certains égards, analogues.

Ce que je veux retenir, pour l'heure, du cas de M. Legrand du Saulle, c'est que les accidents hystériques ont, chez la malade dont il s'agit, simulé d'une façon remarquable, à un moment donné du moins, les symptômes de l'épilepsie partielle. Sans doute le tableau clinique s'est ultérieurement modifié; on a vu apparaître successivement tout un ensemble de phénomènes (notamment ces battements des paupières, ces mouvements de propulsion de la paroi abdominale, sur lesquels vient d'insister M. Féré), qui de jour en jour ont fait pencher davantage le diagnostic vers l'hystérie. Mais durant la première période de la crise qui vient de se terminer, la symptomatologie, je le répète, ressemblait à s'y méprendre à celle de l'épilepsie jacksonienne; et la preuve, c'est que des observateurs comme MM. Charcot et Legrand du Saulle s'y sont mépris. C'était de l'épilepsie jacksonienne, moins cependant l'élévation de température qui accompagne d'ordinaire cette dernière. A l'époque à laquelle nous nous reportons,

---

(1) Georget, Dici. en 30 vol., art. *Hystérie*, t. XVI, p. 460.

le problème diagnostique se posait donc de la façon suivante : ou bien il s'agissait d'une modalité anormale et jusque-là inconnue d'attaques d'hystérie, d'attaques à forme d'épilepsie partielle ; ou bien d'une épilepsie partielle sans élévation de température concomitante. Dans les deux cas on se trouvait en présence d'un type clinique nouveau. L'avenir a donné raison à ceux qui inclinaient vers l'hystérie : le nombre considérable des attaques, compatible avec la vie, l'absence de paralysie localisée, à la suite de ces attaques, l'apparition de plusieurs des phénomènes classiques de l'hystérie, qui au début faisaient défaut, ne laissent plus, on l'a dit, aucun doute à cet égard.

Mais qu'on suppose un nombre d'attaques restreint, qu'on admette, le fait n'est pas invraisemblable, que les accidents se soient amendés au bout de quelques heures, que les hallucinations et autres symptômes nettement hystériques ne se soient pas montrés, et on concevra que le diagnostic serait resté singulièrement hésitant entre les deux hypothèses que je rappelais plus haut, celle d'une hystérie à forme non connue jusqu'à ce jour, ou d'une épilepsie partielle sans élévation de la température.

Or la supposition qui précède n'est pas purement théorique. Elle est réalisée dans le cas d'une malade actuellement en cours d'observation dans les salles de la clinique des maladies du système nerveux, à la Salpêtrière. Il s'agit d'une jeune femme qui entrait, il y a quelques mois, dans le service de M. Charcot. Elle présentait les symptômes les plus nets de la grande hystérie : anesthésie cutanée générale, rétrécissement considérable du champ visuel à droite et à gauche. J'ajoute que quelques jours après son arrivée, la malade fut prise d'hémoptysies, que l'absence de toute lésion pulmonaire constatable nous porta à considérer (et l'avenir a montré que nous ne nous étions point trompé) comme des hémoptysies d'origine nerveuse. Nous avions donc bien à faire à une hystérique, le fait n'était point douteux.

Un jour, sous nos yeux, cette femme tomba en attaque : attaque assez particulière, quant à ses traits symptomatiques, et qui ne ressemblait, en aucune façon, aux attaques d'hystérie connues. Voici en effet comment ladite attaque se caractérisait :

Sans aura, sans cri initial, la malade inclinait la tête



vers l'épaule gauche; le bras du même côté, puis la jambe étaient, peu après, pris de raideur, et ce n'est qu'au bout d'un instant que les convulsions toniques se communiquaient au côté droit. — On retrouve là les principaux traits constitutifs d'une attaque d'épilepsie partielle.

Jamais la malade n'a eu d'attaques d'hystérie franche; jamais notamment, au cours de ses crises, elle n'a présenté l'ébauche de la période des grands mouvements. Nous avons cependant été témoin d'un grand nombre d'attaques, qui plusieurs fois se sont succédé par séries, durant plusieurs jours.

En présence du tableau symptomatique singulier présenté par cette femme, et en dépit des phénomènes hystériques permanents constatés chez elle, le diagnostic était resté hésitant. S'agissait-il réellement d'une forme anormale d'attaques hystériques, ou d'accès d'épilepsie partielle (sans élévation de température), chez une hystérique? Telle est la question que M. Charcot s'est longtemps posée.

Le cas de M. Legrand du Saulle vient de nous fournir la clef de ce diagnostic délicat, en nous montrant que l'hystérie peut emprunter le masque de l'épilepsie jacksonienne. C'est là en effet un fait capital qui ressort à mon sens du rapprochement de la malade de M. Legrand du Saulle et de la nôtre. Je pourrais d'ailleurs rapporter un troisième fait qui, à certains égards, est analogue aux précédents. Il s'agit encore d'une hystérique du service de M. Charcot, qui est prise de temps en temps de spasmes du membre supérieur gauche, rappelant certaines formes d'épilepsie partielle.

La conclusion à tirer des considérations qui précèdent, c'est que l'hystérie s'approprie la plupart des formes symptomatiques de l'épilepsie. Elle emprunte souvent le masque de la grande attaque de mal comitial, c'est là un fait vulgaire et bien connu; elle emprunte aussi, je crois, dans quelques cas celui du petit mal: j'ai rapporté quelques exemples de cet ordre dans un mémoire présenté l'an dernier à l'Académie de médecine. L'observation de M. Legrand du Saulle et celle que je viens de signaler à la Société établissent enfin que les convulsions dans l'hystérie peuvent aussi revêtir des caractères analogues à

ceux qu'elles affectent dans l'épilepsie par lésion cérébrale localisée ou épilepsie jacksonienne.

M. FOVILLE. — Je remercie M. Legrand du Saulle de sa très intéressante communication qui ouvre des horizons nouveaux aux relations réciproques de l'hystérie et de l'épilepsie.

La prochaine séance supplémentaire est fixée au 12 novembre.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

## SEANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 12 NOVEMBRE 1883.

Présidence de M. MOTET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 9 octobre.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance comprend :

1<sup>o</sup> Une lettre de M. Foville et une lettre de M. Ballet qui s'excusent de ne pouvoir pas assister à la séance.

2<sup>o</sup> Une lettre de M. Doin, éditeur, proposant à la Société médico-psychologique d'insérer le compte rendu de ses séances dans un nouveau journal intitulé : *Compte rendu général des académies et sociétés savantes*.

Cette proposition est renvoyée pour l'étude au comité de publication et au bureau.

### *Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés (suite).*

M. FALRET. — Dans une de nos séances, M. Motet nous a exposé avec une grande netteté les dispositions actuelles

de la loi de 1838 et des règlements qui en favorisent l'application. Notre intention est d'appeler l'attention de la Société sur trois points principaux non abordés par la législation, mais qui sont à l'étude dans le projet actuel. Ces trois points sont les suivants :

1<sup>o</sup> Sorties à titre d'essai;

2<sup>o</sup> Sortie des aliénés dits dangereux, criminels;

3<sup>o</sup> Sortie des aliénés inoffensifs, incurables;

Ces trois questions sont actuellement l'objet de l'étude de la commission législative du Sénat. Des journalistes, magistrats, publicistes, médecins ont visé surtout l'article 8 concernant l'entrée des aliénés et ont fait ressortir le danger pouvant résulter de l'internement à l'aide d'un seul certificat médical, mais ils n'ont pas fixé leur attention sur les sorties. Cependant quelques personnes ont fait remarquer l'abus possible consistant à retenir plus longtemps un aliéné; et cet abus est possible, car nous savons quelles perplexités nous éprouvons quand il s'agit de signer le certificat de sortie d'un aliéné. La question des sorties est donc une question importante.

**Première question.** — *Des sorties à titre d'essai.*

C'est dans les asiles de province que les premières tentatives ont été faites; en effet, tel aliéné peut être mis en liberté à la campagne qui ne le peut être à Paris ou dans une grande ville, à cause de l'influence du milieu.

Les premiers essais ont eu lieu de gré à gré après entente avec la famille, sans aucune intervention administrative. A Paris, la préfecture de police s'est longtemps opposée à ces sorties à titre d'essai, exigeant avant tout un certificat de guérison signé du médecin, chef de service; toutefois en ces derniers temps, elle a consenti à ces essais. Ces essais sont utiles; d'abord ils permettent mieux au médecin d'apprécier l'état du malade, et lui donnent plus de garanties pour la mise en liberté définitive; de plus, plusieurs de ces malades améliorés, convalescents ou en rémission trouvent au sein de leur famille des distractions, des soins, des espérances qui leur manquent plus souvent à l'asile. Ces essais ne sont cependant pas sans présenter des inconvénients; parfois des délits, des meurtres même ont été commis pendant ces sorties; c'est au choix des

malades, dicté par la prudence du médecin, qu'il revient de prévenir de tels faits; parfois aussi, pendant ces sorties, les familles ou des intéressés malhonnêtes ont pu profiter de la faiblesse des malheureux qui leur étaient confiés, pour leur extorquer une signature ou un consentement quelconque; néanmoins ces inconvénients sont inférieurs aux avantages que les essais procurent au malade. Le projet étudié par la commission législative du Sénat fait introduire comme loi cette mesure qui jusqu'à présent n'est qu'une autorisation accordée par la préfecture de police. Mais étant données ces sorties, quelles seront leurs durées; une sortie provisoire ne dépassera pas un mois en général; cette durée devra-t-elle être limitée par la loi ou être plus ou moins prolongée par le chef de service; cette question encore mérite d'être examinée par les médecins aliénistes.

**Deuxième question.** — *De la sortie des aliénés criminels dangereux.*

En Angleterre, depuis 1801, époque où la législation s'est occupée des aliénés criminels, il existe beaucoup de prescriptions légales relatives à cette question. Cette législation s'est d'ailleurs elle-même modifiée peu à peu, même au point de vue de l'expression de criminels, qui, d'abord bornée aux meurtriers, s'est étendue aux individus devenus aliénés pendant l'instruction ou pendant ou après le procès.

Mais ces mesures légales, applicables à l'entrée de ces aliénés, doivent-elles exister les mêmes pour leur sortie? L'autorité judiciaire nécessaire pour leur entrée, en dehors de l'autorité administrative et médicale, doit-elle intervenir au même titre pour leur sortie? En France, ces aliénés placés après jugements, ordonnances de non-lieu, mesures administratives, extra-judiciaires, peuvent sortir sans intervention judiciaire, plusieurs aliénistes demandent à exonérer la responsabilité médicale qui pour eux serait trop engagée, en réclamant une intervention judiciaire. C'est là une question qui mérite l'attention de la Société. Est-il convenable que la responsabilité actuellement tout entière absolue du médecin chef de service soit désormais atténuée? L'Angleterre possède les *Commissioners in Lunacy*

auxquels sont renvoyées par les médecins chefs de service toutes les affaires pour se prononcer sur la sortie de ces aliénés; ces commissions sont en permanence. Ceci n'existe pas en France.

Convient-il chez nous de créer une grande commission analogue, sous le ressort de laquelle seraient tous les asiles? Il y a en Angleterre des inspecteurs locaux, formant une commission de surveillance, recevant toutes les demandes des services et exerçant par conséquent sur le médecin un contrôle individuel. Convierait-il de créer une telle commission en France, et, en ce cas, serait-elle exclusivement médicale ou mixte, c'est-à-dire comprenant dans son sein des membres appartenant à l'autorité administrative ou judiciaire? A côté de la loi qui prescrit la sortie immédiate de l'aliéné dans les vingt-quatre heures qui suivent la délivrance du certificat de guérison, il existe des cas, et une affaire pendante en ce moment en est un exemple, où la sortie ne s'effectue pas aussi facilement. Le cas de Thouviot resté séquestré pendant cinq ans sans présenter de troubles mentaux, témoigne de l'embarras dans lequel se sont trouvés les médecins au point de vue de la mise en liberté, jusqu'au jour où la fin fatale de son existence par le suicide est venue témoigner en faveur du diagnostic. Les médecins qui partagent l'opinion d'Aubanel sur la séquestration perpétuelle des aliénés homicides n'éprouvent pas cet embarras; souvent aussi les médecins attendent, et parfois longtemps, l'apparition des manifestations délirantes, apparition qui parfois n'a eu lieu qu'après la mise en liberté, réprimée qu'elle était par la discipline, la règle, l'hygiène des asiles. Le médecin de service qui est renseigné par les commémoratifs, par les familles, par les surveillants et gens de l'asile, doit-il être seul juge, ou déléguer ses droits à une commission administrative? Voilà la question importante.

En admettant une commission mixte, sera-t-elle simplement consultative ou prononcera-t-elle sans appel? La création des inspecteurs médicaux de la préfecture constitue une atténuation à la responsabilité médicale; ordinairement l'entente s'établit entre les deux médecins, l'un cédant à l'autre ou réciproquement.

Depuis huit ans que cette organisation existe, les choses se sont bien passées, mais le conflit qui n'a jamais existé

peut se produire; d'ailleurs la jurisprudence de la préfecture de police consiste actuellement à donner raison au chef de service. Mais une commission mixte sera-t-elle omnipotente, prononcera-t-elle en dépit du chef de service? voici une question grave soumise à l'appréciation de la commission du Sénat. D'un autre côté, comment sortira cet aliéné criminel qui, s'il est guéri, ne peut être séquestré perpétuellement, ce qui serait inadmissible? Dans quels cas et comment le mettra-t-on en liberté? avec ou sans tutelle ou surveillance de famille? Cette surveillance n'est guère possible et, en outre, l'engagement de surveillance pris par la famille est illusoire, tant il échappe au contrôle. A cet égard, les mesures anglaises présentent une graduation en rapport avec les variétés d'aliénés criminels. En résumé, y a-t-il lieu d'introduire une législation spéciale pour les aliénés criminels? Question à examiner en elle-même en dehors de la question de savoir s'il convient même de créer des asiles spéciaux pour aliénés criminels. Il y a un article anglais en vertu duquel l'autorité qui a fait enfermer le criminel, seule le fera sortir. A la commission du Sénat, on a proposé que la chambre du conseil pourrait faire enfermer l'aliéné; jusqu'à ce qu'elle se soit prononcée, l'admission ne sera que provisoire; quatre jours après l'internement de l'aliéné, le substitut est obligé d'examiner le malade et de prononcer alors l'admission définitive et ce classement déclaré définitif par le substitut ne devient légal que par un prononcé de jugement de la chambre du conseil un mois après. Ce moyen terme introduit dans la loi Fallières la caractérise et la distingue des autres propositions, entre autres de celle qui exigeait que l'aliéné ne pût même entrer dans l'asile que par l'intervention de la chambre du conseil.

Voici donc les questions que soulève la sortie des aliénés criminels : Doivent-ils être séquestrés perpétuellement? Qui jugera l'entrée? Qui jugera la sortie?

**Troisième question.** — *Sortie des aliénés inoffensifs incurables.*

Et d'abord y a-t-il des aliénés inoffensifs qui ne soient pas dangereux? Il y a trente ans, régnait l'opinion de nos maîtres : tout aliéné est ou peut devenir dangereux et doit

donc être interné. Aujourd'hui, cette opinion s'est un peu modifiée; on est obligé, et par la clinique et par les nécessités administratives, d'admettre qu'il y a des aliénés inoffensifs. Le nombre croissant des aliénés entraîne l'accroissement de nombre et d'étendue des asiles, et à la Société médico-psychologique, à propos des modes d'assistance des aliénés, on a reconnu qu'on ne pouvait poser en principe que tout aliéné devait être séquestré. La tendance des asiles, par excès de prudence, est de prolonger le séjour de l'aliéné, si on ne le considère pas comme complètement guéri. M. Billod nous a dit: « Je ne fais jamais sortir un aliéné, je le laisse sortir. » Il y a cependant quelques corrections à cette mesure. L'aliéné chronique offre moins de paroxysmes; des alcooliques, des épileptiques, des aliénés en période de rémission réclament un mode d'assistance différent; on peut parfois les remettre en liberté, mais alors la même question se pose: Qui est-ce qui jugera que l'aliéné non guéri est inoffensif et peut sortir? Jusqu'à présent, c'est le médecin mieux à même d'apprécier l'absence des familles, les mauvaises conditions des familles; la grande question du milieu où on replacera l'aliéné domine dans l'appréciation du médecin sur la question mentale.

Pour cette catégorie d'aliénés, la loi nouvelle propose que cette sortie soit prononcée par une commission mixte. Certes, les sorties peuvent être favorisées par les sociétés de prévoyance, par les sociétés de patronage des aliénés; mais ces sociétés sont souvent très embarrassées. Si elles sont très utiles en permettant certaines sorties, elles ne s'appliquent qu'à un petit nombre de cas; la société de patronage n'a pas assez d'extension, et il serait utile que la loi s'occupât de cette société de patronage des aliénés, si utile à l'assistance publique.

Toutes ces questions méritent de fixer l'attention de la Société; il est utile que les modifications de la loi de 1838 soient un progrès au lieu de courir le risque de constituer un pas en arrière. C'est à vous, messieurs, d'apporter des éléments d'appréciation.

M. LE PRÉSIDENT félicite M. Falret de la netteté avec laquelle il a précisé les termes de la question.

M. LABITTE. — Il y a dans la loi, à propos de la sortie des aliénés, une lacune dont il n'a pas été question. A la

suite du jugement de la cour d'appel, lorsqu'il ne confirme pas l'interdiction, l'aliéné doit sortir immédiatement. J'ai souvent été embarrassé à propos de sorties d'aliénés, déclarés non interdits, mais aussi aliénés que possible et dont je ne savais que faire.

M. MOTET. — Lorsque la demande en interdiction est rejetée par la première chambre, doit-on remettre le malade en liberté?

M. LABITTE. — Non, il y a recours en appel.

M. FALRET. — Les questions de séquestration et d'interdiction sont deux questions différentes; il y a beaucoup de malades séquestrés qui ne sont pas interdits. La Cour de cassation distinguerait là deux questions, très différentes l'une de l'autre.

M. DELASIAUVE rappelle une affaire d'Aubanel à Marseille.

M. MOTET. — Antérieurement à la loi de 1838, la situation des aliénés dans les asiles n'était pas réglée. Il peut y avoir des articles du Code qui ne sont pas en harmonie avec la loi dans ces conditions, créées par la loi de 1838. Ainsi, un aliéné délirant, interné pour son délire, peut guérir et, par conséquent, il n'y a pas lieu de l'interdire; et s'il n'est pas interdit, ce n'est pas une raison pour le laisser sortir en plein accès de manie, parce que la demande aura été rejetée en vue d'une guérison possible, ou alors il faudrait faire sortir le malade pour obéir à la loi, et, deux heures après, le faire rentrer à l'aide d'un nouveau certificat.

M. CHRISTIAN. — Le tribunal devrait toujours consulter le médecin pour interdire un malade, ce qu'il ne fait jamais.

M. MOTET. — M. Falret a parlé des entrées provisoires. Nous avons lutté énergiquement dans la commission pour que le principe de l'entrée facile fût conservé dans la loi. L'idée de quartier provisoire a été acceptée comme moyen terme, mais si on ne crée pas une section spéciale, la chambre du conseil ne pourra statuer, en un mois, sur toutes les entrées comme on le lui demande; et de deux choses l'une, ou il sera impossible de donner les soins nécessaires à l'aliéné dans le quartier provisoire pendant cette durée, ou bien l'aliéné sera guéri quand interviendra la décision de la chambre du conseil.

M. LUNIER. — Je crois pouvoir rassurer M. Motet.



L'admission sera toujours provisoire, c'est vrai; mais l'aliéné n'occupera pas nécessairement un quartier provisoire, il sera seulement isolé des autres malades. De plus, le procureur de la république ne s'adressera à la chambre du conseil que dans les cas exceptionnels, et sa décision suffira seule dans la grande majorité des cas. C'est ainsi du moins que ce côté de la question a été envisagée dans la commission nommée par l'Académie de médecine et dans la commission du Sénat.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

## JOURNAUX ALLEMANDS

*Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.*

ANNÉE 1882.

### 4. *Mutilations chez les aliénés.* — D<sup>r</sup> Schulé, à Illenau.

En pareille matière, l'in vraisemblable est vrai et ce qui se produit une fois peut se produire encore. Faire connaître les mutilations auxquelles les aliénés se livrent sur eux-mêmes, c'est donc étendre notre expérience et assurer notre prévoyance. Telle a été la pensée de M. Schulé, et voici la nomenclature des mutilations qu'il a observées :

*Tête* : Epilation des poils de la barbe (un paralytique s'est épilé un à un les poils de la barbe, dans l'espoir que, devant devenir un ange, des plumes allaient remplacer les poils arrachés); — hématôme du cuir chevelu, introduction d'aiguilles, de clous, de pierres aiguisées, extirpation des cils, lésions de la conjonctive par le frottement ou l'introduction de sable, perforation du tympan au moyen de petits morceaux de bois, hématômes de l'oreille, amputation de la langue par une jeune fille, au moyen d'une alène.

*Cou* : Plaies par instruments tranchants, dans la plupart des cas à la partie antérieure, et intéressant la membrane thyroïdienne, peu graves par conséquent. Un malade s'est fait une blessure profonde à la partie latérale du cou et est mort huit jours après par suite de paralysie du pneumo-gastrique. Un autre qui menaçait souvent de se détruire, et qui se faisait pendant la nuit des entailles dans le cou, tenait caché entre ses doigts allongés un petit couteau très mince; — déglutition d'animaux vivants (d'un crapaud dans un cas), de morceaux de verre, de clefs, de paquets d'aiguilles (dans un cas, la moitié d'une cuiller: le malade n'avoua rien et ne présenta non plus rien d'insolite; trois mois après, selles sanguinolentes et coliques;

au bout d'un an, abcès de la région inguinale droite ; cet abcès ayant été ouvert, le médecin plongeait le doigt dans sa profondeur et en retira le fragment de cuiller).

*Poitrine* : Deux femmes ont tenté de s'arracher le bout de sein.

*Abdomen* : Castration, plaies du pénis par arrachement, amputation du pénis ; — introduction dans le vagin de pierres, d'aiguilles, de morceaux de bois, de peignes ; introduction dans le rectum d'un crochet de fer.

2. *Des maladies des femmes dans leurs rapports avec les troubles de l'intelligence.* — Dr Rippling, à Duren.

On reproche aux aliénistes de ne rien savoir en gynécologie, de méconnaître l'importance des maladies spéciales de la femme dans la genèse de l'aliénation mentale.

M. Rippling a fait le relevé de ses autopsies de femmes, et, sur 403 autopsies, il a trouvé 34 fois des altérations des organes de la génération : déviations de l'utérus, fibromes, polypes, hypertrophie, chute, tubercules des trompes, kystes de l'ovaire, cancer, etc. Or, dans la majorité des cas, aucun symptôme n'est venu révéler l'existence de ces affections pendant la vie, et rien n'a permis de les invoquer comme cause de l'aliénation mentale ; d'un autre côté, dans la majorité des cas également, les causes réelles ne sont pas douteuses ; l'hérédité dans 48 cas, des accès antérieurs dus à des causes connues dans 44 cas, et, dans les autres cas, la vie malheureuse, les privations, le cancer, les cysticerques du cerveau, la pachyméningite, etc.

Nous connaissons assurément l'influence que, à l'état physiologique ou pathologique, les fonctions génitales exercent sur le moral de la femme. Mais, d'une modification de l'humeur au trouble intellectuel, il y a loin. Dans la majorité des cas, l'aliénation mentale n'est que la conséquence de la maladie diathésique même qui a étendu son action aux organes de la génération : ou bien elle ne survient, à la suite des affections de ces organes, que lorsque celles-ci, par leur caractère destructif ou les hémorrhagies graves qu'elles déterminent, ont détérioré l'organisme et compromis la nutrition générale. Dans les autres cas, les affections des organes génitaux n'interviennent qu'en deuxième ou troisième ligne, en concomitance avec d'autres causes plus importantes, telles que l'hérédité, les accès antérieurs de folie, l'épuisement consécutif à d'autres souffrances de l'organisme. En aucun cas, la folie ne peut être

considérée comme une simple névrose réflexe de quelque maladie de l'appareil générateur.

Il est donc contre-indiqué de soumettre les femmes, récemment frappées d'aliénation mentale, aux examens réitérés et aux manipulations que requièrent les gynécologistes. Quoi qu'en dise Alexandre Skene, cette pratique ne serait pas sans inconvénients sérieux.

### 3. *Sur l'hyoscyamine.* — D<sup>r</sup> Kretz, à Illenau.

Dose en injection : deux fois par jour, de 0,005. à 0,04 ; maximum par jour, 0,02 — 0,03.

Action physiologique subjective : oppression de la poitrine, dyspnée, puis trouble de la vision; plus tard picotement et sécheresse de la gorge, soif et fréquents mouvements de déglutition ; enfin, sensation de pression dans la tête, vertiges, le sol semble manquer sous les pieds.

Action physiologique objective : deux ou trois minutes après l'injection, la respiration se ralentit, s'accélère ensuite, pour reprendre bientôt sa fréquence normale. Il en est de même du pouls qui baisse d'abord; quinze à vingt minutes après, accélération, puis fréquence normale. Plus tard, dilatation des pupilles, égale des deux côtés; nuages mobiles devant les yeux ; dans un cas, vision rouge et jaune; dans un autre cas, transformation des nuages en apparences fantastiques. Plus tard encore, états de paralysie des extrémités inférieures, titubation; dans quelque cas, le malade est tombé comme frappé de la foudre. — Aucun trouble de la nutrition. — Les symptômes notés par d'autres observateurs, collapsus, pouls filiforme, n'ont pas été relevés à Illenau. L'action de l'hyoscyamine n'est pas en général cumulative, et rien n'est donné de précis en ce qui concerne sa durée.

Au point de vue thérapeutique, l'hyoscyamine agit donc sur la sensibilité comme hypnotique (tantôt narcotique, tantôt seulement sédatif); sur les centres nerveux moteurs; sur les nerfs moteurs et sensibles. — M. Kretz l'emploie dans les cas où d'autres narcotiques sont sans action; où domine l'élément agitation (manie chronique avec rémission, folie circulaire); dans les cas où la démence se complique d'agitation.

### 4. *La diminution du poids du corps suffit-elle à constater qu'une attaque épileptique a eu lieu?* — D<sup>r</sup> Krantz, à Stéphanfeld.

Suivant Kowalewsky, chez tous les épileptiques, quelle que soit la forme des accès, le poids du corps diminue après chaque

attaque. Cette diminution du poids du corps, dit-il, varie, suivant la durée de la maladie et l'intensité de l'attaque : chez les anciens épileptiques, l'organisme s'est en quelque sorte habitué aux attaques, et la perte du poids ne dépasse pas 4 à 2 livres ; dans les cas récents, lorsque les attaques sont espacées, la perte est de 4 à 12 livres; après les attaques répétées, la perte, très prononcée après la première, est peu sensible après les autres. Dans les cas de folie compliquée d'épilepsie, la diminution du poids dépend de l'intensité et de la durée des attaques et peut aller jusqu'au quart du poids total du corps.

On comprend le parti que l'on pourrait tirer de ce fait pour le diagnostic de l'épilepsie, tant au point de vue clinique qu'au point de vue légal.

Pour contrôler les affirmations de Kowalewsky, M. Krantz a pris sept aliénés épileptiques et les a soumis à des pesées quotidiennes; 400 pesées ont été faites ainsi pendant les mois d'avril, mai, juin, et 448 après les attaques.

Les résultats obtenus sont loin de corroborer ceux de Kowalewski. En ce qui concerne l'influence de l'attaque épileptique sur le poids du corps, on ne peut formuler aucune loi précise; il est absolument inexact que toute attaque soit suivie d'une perte de poids. Les attaques épileptiques n'ont pas une influence régulière sur le poids du corps, et, dans un cas douteux, une différence constatée de ce côté ne peut, en aucun cas, être un signe pathognomonique à l'aide duquel on soit autorisé à trancher la question de savoir si réellement une attaque épileptique a eu lieu. — Telles sont les conclusions du travail de Krantz.

5. *Quelques observations sur la température dans la folie périodique.* — D<sup>r</sup> Haasé, à Marsberg.

Après avoir jeté un coup d'œil sur ce que la science a recueilli jusqu'ici à ce sujet, M. Haasé relate dix-sept observations recueillies par lui d'aliénés maniaques chez lesquels il a relevé la température du corps avant, pendant et après les accès d'agitation. Il conclut de ces observations que l'accès d'agitation du maniaque est toujours lié à une élévation de la température du corps, que la température s'élève d'autant plus que l'agitation elle-même est plus intense, et que, pendant la rémission, et même au déclin de l'accès, elle s'abaisse au-dessous de la moyenne (la moyenne adoptée par M. Haasé est 36.85 à 36.89). L'oscillation du thermomètre de M. Haasé n'a point atteint l'amplitude de celui de Bechtezew, 38°. — Cependant, chez deux de ses malades

qui étaient des maniaques mélancoliques, le thermomètre monté jusqu'à 38° pendant l'agitation, pour redescendre avec le retour de la dépression, mais sans jamais baisser au-dessous de la normale.

6. *Les troubles du système nerveux périphérique dans l'aliénation mentale.* — D<sup>r</sup> Tigges, à Sachsenberg.

Ce travail n'est qu'une introduction à un autre travail qui doit suivre sur le traitement, par l'électricité, des états mélancoliques. On connaît les relations qui existent entre les lésions de la sensibilité périphérique et les troubles psychiques de certaines affections mélancoliques, et l'influence salutaire qu'on obtient de la soustraction par le moyen de l'électricité de l'élément douleur. Or, l'action du courant électrique peut être facilement constatée et suivie, d'où l'importance de l'étude approfondie des diverses manifestations douloureuses périphériques.

M. Tigges étudie en autant de chapitres : les sensations périphériques et la sensibilité à la pression (points douloureux); les troubles des impressions sensorielles de la peau et de la sensibilité musculaire; les troubles moteurs et vaso-moteurs.

Les lois formulées à ce sujet par M. Tigges, résumé d'une observation et d'une expérience déjà longues, ne pourraient qu'être reproduites in extenso, ce que ne comporterait pas la place réservée à l'analyse des journaux allemands.

7. *Sur les modifications du poids du corps après les attaques épileptiques.* — D<sup>r</sup> Schuchardt, à Bône.

Nous avons donné plus haut les conclusions de M. Krantz sur la même question. M. Schuchardt arrive aux mêmes résultats que son confrère : les attaques épileptiques n'ont aucune influence sur le poids du corps, qui tantôt reste le même, tantôt augmente, et diminue rarement. Les oscillations du poids du corps chez les épileptiques sont identiques à celles que l'on observe chez les gens bien portants.

8. *Les comptes rendus des asiles d'aliénés.* — D<sup>r</sup> Koch, à Zwiefalten.

M. Koch moleste ses confrères sur la forme qu'ils donnent à leurs rapports annuels et sur les matières qui y sont traitées, surtout en ce qui concerne la statistique, et il leur donne des conseils sur les modifications qu'il importerait d'y apporter. Il est certain que la prétention de faire chaque année l'historique

du développement d'un asile mène à des minuties puériles et sans intérêt, et que la statistique pourrait être plus sobre de détails inutiles et de redites sans portée. Ce travail ne présente rien d'important à relever.

9. *Sur les rapports de la démence paralytique et de la syphilis.* —

D<sup>r</sup> Snell, à Hildesheim.

D'après ses observations, M. Snell croit pouvoir affirmer qu'un nombre considérable d'individus atteints de paralysie générale progressive ont été antérieurement affectés de syphilis. De ce fait que la paralysie générale est moins fréquente chez la femme, et moins fréquente également la syphilis, que l'une et l'autre de ces affections se rencontrent plus fréquemment chez les prostituées, on peut tirer cette conclusion qu'il existe un certain rapport entre la syphilis et la paralysie générale. La réalité de ce rapport se déduit encore de l'existence avérée de la syphilis cérébrale et des manifestations morbides qui en sont la conséquence, semblables ou identiques à celles de la paralysie générale. Mais la nature de ce rapport est encore à chercher. On trouvera peut-être plus tard que la syphilis peut déterminer dans le cerveau des modifications durables qui deviennent éléments étiologiques prédisposants de la paralysie générale, et s'il vient à se confirmer qu'il existe des altérations syphilitiques des artères du cerveau, la question des rapports de la syphilis et de la démence paralytique aura quelque chance de trouver sa solution.

10. *Sur la signification clinique et légale de l'impulsion sexuelle perversie.* — M. Kirn, à Fribourg.

M. Kirn nous raconte qu'il a soumis à un examen psychiatrique tous les hommes détenus à la prison de Fribourg pour attentat aux mœurs, et que, chez un grand nombre de ces individus, par le fait de l'affaiblissement intellectuel ou d'une aberration mentale, il a constaté l'atténuation ou l'absence de responsabilité.

En ce qui concerne les attentats à la pudeur sur des enfants au-dessous de quatorze ans, à côté de jeunes gens ayant agi sous l'influence de l'ivresse, ou de débauchés qui, rassasiés de plaisirs licites, ont recherché de nouveaux excitants à leurs sens émoussés, M. Kirn a trouvé des vieillards, dont tout le passé avait été irréprochable, qui, depuis longues années, avaient trouvé le repos des sens, mais chez qui le flambeau éteint

s'était subitement rallumé. Ces hommes, mariés ou veufs, âgés de 60 à 80 ans, présentaient plus ou moins les caractères de la sénilité.

En ce qui concerne les rapports contre nature d'homme à homme, depuis le simple attouchement lubrique jusqu'à la pédérastie, M. Kirn a pu, dans bien des cas, les rattacher à une disposition malade et non à l'immoralité.

Dans tous les cas douteux d'une accusation d'acte vénérien contre nature, dit M. Kirn sous forme de conclusion, il y aurait lieu à une expertise médico-légale; celle-ci aurait à rechercher s'il existe quelque impulsion perversie datant du jeune âge. Dans les cas non douteux, l'expertise aurait à creuser plus avant, à remonter l'arbre généalogique de l'individu, à préciser les qualités morales et intellectuelles, à rechercher les signes de dégénérescence. Cette rigoureuse vérification aurait pour résultat de déterminer le degré de responsabilité.

#### 41. Sur l'encéphalopathie saturnine. — Dr Ullrich, à Erlangen.

L'encéphalopathie saturnine est la plus grave des manifestations de l'empoisonnement chronique par le plomb. Parmi les symptômes si nombreux et si variés qui la caractérisent et qui souvent se confondent si bien qu'il est difficile de les isoler, il en est, comme la paralysie saturnine, qui ont eu et qui ont encore le privilège d'attirer l'attention spéciale des observateurs.

La paralysie saturnine peut être considérée comme produite par l'action directe du plomb sur le cerveau; d'autres pensent cependant qu'elle peut être deutéropathique à d'autres modifications morbides primitives, et font ainsi intervenir l'urémie, l'anémie ou l'œdème du cerveau, l'altération vasculaire de cet organe. Les expériences récentes pratiquées sur les animaux par Harnack, à l'institut pharmaceutique de Strasbourg, tranchent, paraît-il, la question dans le sens d'une action directe du plomb sur le système nerveux central. Toutefois, on ne peut nier que l'empoisonnement chronique ne porte atteinte à la nutrition et à la composition normale du sang, éléments étiologiques dont il faut tenir compte.

Chez un homme mort par suite de paralysie générale saturnine, et qui avait été traité pendant plusieurs mois par l'iodure de potassium et les bains sulfureux, M. Ullrich a trouvé, à l'autopsie, du chromate de plomb dans différentes parties de cerveau, dans les méninges, le cervelet et le foie; le soufre



serait donc un contre-poison bien infidèle, tant est grande l'affinité du plomb pour les tissus organiques.

Les troubles intellectuels ne se manifestent qu'après une action prolongée du plomb sur l'économie. Ou bien ils sont précédés d'autres accidents saturnins, ou surviennent en même temps que ces derniers, ou bien encore s'établissent d'emblée sans aucun accident antérieur. Les troubles aigus consistent le plus souvent en manie de peu de durée, précédée quelquefois d'une période de mélancolie ; les troubles chroniques, en profondes mélancolies avec hallucinations et délire ou paralysie. Le pronostic de l'affection aiguë n'est pas défavorable, celui de l'affection chronique très grave, du moins d'après les travaux allemands. La cause de cette différence gît aussi bien dans l'action directe du plomb sur le cerveau que dans l'affinité si tenace des tissus organiques pour ce métal et le trouble irréparable de la nutrition.

Les auteurs allemands admettent l'existence d'une véritable paralysie générale d'origine saturnine, incurable, et à côté de celle-ci, une autre forme qui diffère de la première par sa curabilité et l'intensité moindre des seuls troubles de l'intelligence et de la conscience. — En France, à consulter Devouges, Marcé, Falret, Delasiauve, l'opinion ne serait pas encore fixée à cet égard. Récemment, M. Régis se basant sur quatre observations, croit pouvoir conclure que la paralysie générale d'origine saturnine n'existe pas, que l'encéphalopathie saturnine en impose quelquefois pour la paralysie générale, mais que les symptômes observés ne sont que les manifestations d'une intoxication plombique. L'assertion de M. Régis s'adapte certainement aux cas observés par lui, mais ces cas ne sont pas de véritables paralysies générales. C'est la pseudo-paralysie saturnine de Delasiauve que M. Régis a eue sous les yeux, paralysie curable qui a aussi peu de rapport avec la véritable paralysie générale que la pseudo-paralysie des alcooliques.

M. Ullrich termine son travail par des considérations sur l'amaurose saturnine qui, d'après lui, ne s'observe que dans la paralysie compliquée d'albuminurie ou d'autre altération de la sécrétion urinaire.

D<sup>r</sup> HILDENBRAND.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Les maladies de la volonté*, par Th. Ribot, directeur de la *Revue philosophique*. — Bibliothèque de philosophie contemporaine. Paris, Germer Baillière et Co, 1883.

La psychologie est une science d'observation dans la véritable acception du mot et non, comme on l'a eu trop longtemps, le résultat de l'étude subjective de l'homme sur lui-même. M. Ribot est un des plus vaillants défenseurs de la doctrine nouvelle et ses travaux sont justement appréciés par tous les penseurs indépendants. Quant aux médecins qui s'occupent de pathologie mentale, c'est une bonne fortune pour eux lorsque paraît un de ses nouveaux livres. On dirait, en effet, que M. Ribot s'adresse particulièrement au public médical; ses deux dernières études : les *maladies de la mémoire* et les *maladies de la volonté*, ainsi que son travail bien connu sur l'*hérédité psychique*, sont de véritables ouvrages de médecine.

Nous trouvons, au début des *maladies de la volonté*, cette phrase qui indique clairement le but de l'auteur ainsi que sa méthode de démonstration : « Je me propose, dans ce travail, « d'essayer pour la volonté ce que j'ai fait précédemment pour « la mémoire, d'en étudier les anomalies et de tirer de cette « étude des conclusions sur l'état normal. » Remarquons que cette méthode, dite de *dissolution*, est souvent aussi employée en physiologie ordinaire.

Nous voudrions bien montrer, en quelques mots, d'après l'auteur, de quelle façon on doit entendre le phénomène psychologique de la volonté, mais la chose est difficile, vu la complexité du sujet. Chaque proposition demande des preuves et entraîne des conséquences; ces preuves et ces conséquences, on les trouve dans le livre, mais on ne peut les donner dans une analyse. Nous essayerons cependant d'esquisser la théorie psychologique rationaliste de la volonté, en avertissant le lecteur que toutes les objections qui lui viendront à l'esprit sont prévues et combattues dans le livre :

Le réflexe nerveux est le point de départ de tout acte volontaire, il en est encore le principe, même quand on considère l'activité volontaire à son plus haut degré de perfectionnement. Chez le nouveau-né, il y a transformation d'excitations en mouvements diversement appropriés à des fonctions, avec ou sans rudiment de conscience. C'est là le résultat d'une éducation ancestrale fixée par l'hérédité et non une véritable volonté. Au-dessus de ces actes réflexes simples, il y a le désir caractérisé par l'état conscient et qui a une grande tendance à se traduire immédiatement en acte. Ce n'est donc là qu'un réflexe complexe, dont le désir est le point de départ. Enfin, au-dessus du désir, nous voyons l'activité idéo-motrice. L'intelligence s'est constituée et l'idée produit le mouvement. En analysant les processus excessivement complexes qui d'une excitation externe ou interne (c'est-à-dire excitation d'abord externe et emmagasinée ensuite en nous-mêmes) aboutissent à un mouvement, nous reconnaissons que là encore il n'y a qu'une suite de réflexes cérébraux très compliqués.

La proposition « l'idée produit le mouvement » ne se comprendrait pas si l'on ne tenait compte de cette acquisition moderne en physiologie cérébrale : toute idée a pour substratum anatomique des éléments sensitifs et des éléments moteurs ; — quant à la conscience, ce n'est pas une cause mais un état spécial qui accompagne différents phénomènes cérébraux et dans certaines circonstances seulement. — Quand on dit qu'une idée produit un mouvement, c'est le substratum physiologique qui produit le mouvement ; l'idée, état de conscience, assiste au phénomène et le suit.

Des trois espèces d'actuation que nous venons d'établir, la première est fatale ; la seconde peut être modifiée par l'intelligence, et elle prédomine à mesure que cette dernière s'affaiblit. La troisième qui constitue la volonté proprement dite est la plus délicate et la plus instable, et cela d'autant plus que l'idée motrice est plus abstraite. M. Ribot divise même, à ce point de vue, les idées en différentes catégories d'après leur tendance plus ou moins énergique à produire l'actuation.

Nous nous servons de l'expression actuation au lieu de l'expression mouvement, parce que la volonté peut aussi bien aboutir à un acte d'arrêt qu'à un acte de mouvement. Fidèle à sa méthode physiologique, l'auteur invoque, pour expliquer le mécanisme d'un réflexe amenant un arrêt, l'existence des centres d'inhibition.

Pour comprendre la théorie, il faut, on le voit, faire table rase de toutes les idées de l'école. Le *moi* doit s'entendre comme une succession d'états de conscience, liés par la mémoire mais variables selon les circonstances, les milieux, les époques, la santé ou la maladie, variables aussi selon l'influence de ces processus biologiques qui se passent dans les profondeurs de l'organisme et qui, sans être conscients, n'en agissent pas moins sur la sensibilité psychique et à tous les instants. Le *moi* est donc, en réalité, une fin, une conséquence et non une cause. C'est alors que, dégagé de toute conception métaphysique préconçue, on comprend que le véritable acte volontaire n'est que le résultat d'un choix basé, en fin de compte, sur la convenance psycho-organique.

Il est impossible d'étudier, ou même d'indiquer, dans une courte analyse, tous les facteurs dont le conflit aboutit au choix. Il y a les qualités héréditaires, l'éducation personnelle, la civilisation, les préjugés du moment, la mode, l'entraînement par l'imitation, le système des pénalités, etc.

Cette énumération, si incomplète qu'elle soit, montre bien que l'acte psychique volontaire comporte en lui-même toutes les propriétés, toutes les acquisitions de l'individu.

Quant à la *volition* des anciens psychologues, elle n'est qu'un simple état de conscience, elle n'est cause de rien. « Le « travail psycho-physiologique de délibération aboutit d'une « part à un état de conscience, la volition, d'autre part à un « ensemble de mouvements ou d'arrêts. Le « je veux » constate « une situation, mais ne la constitue pas » (p. 475).

La plus grande partie de cette étude est consacrée à démontrer que les faits pathologiques viennent confirmer la théorie. M. Ribot divise ainsi les maladies de la volonté : 1° affaiblissement de la volonté par défaut d'impulsions (aboulie — agoraphobie — délire du doute); 2° affaiblissement par excès d'impulsion (impulsions irrésistibles — idées fixes); 3° affaiblissement de l'attention volontaire; 4° les caprices, exemple : le caractère hystérique; 5° l'anéantissement de la volonté : extase, somnambulisme naturel et provoqué. — Les observations qu'il présente sont prises dans les écrits des aliénistes; le lecteur qui les connaît pour la plupart, prendra un vif intérêt à la façon dont elles sont interprétées.

Une étude de la volonté, de la volonté même malade, touche de bien près à l'étude du libre arbitre. Disons mieux, les deux études se confondent. M. Ribot écrit pourtant, page

2 : « Peut-on étudier la pathologie de la volonté sans toucher  
« à l'inextricable problème du libre arbitre ? — Cette absten-  
« tion nous paraît possible et même nécessaire..... Comme  
« toute autre science expérimentale, la psychologie doit rigou-  
« reusement s'interdire toute recherche relative aux causes  
« premières..... Ce problème (du libre arbitre) ne peut être  
« affirmé qu'à la condition d'entrer dans la métaphysique. »

Le lecteur jugera si M. Ribot, malgré ce qu'il en dit, n'a pas plus ou moins effleuré la question *inextricable*. Notons, à ce propos, qu'il reproduit cette pensée de Spinoza : « Notre illusion du libre arbitre n'est que l'ignorance des motifs qui nous font agir. » A rapprocher de cette remarque que le jansénisme se conformait, sous certains rapports, à la doctrine psychologique moderne. Les jansénistes, on le sait, ne pouvaient vivre dans le bien que par le secours de la grâce. La créature passive recevait la grâce ou ne la recevait pas, selon les décisions de la sagesse du Créateur. Elle ne pouvait même pas la demander quand elle ne l'avait pas, car cette demande était déjà un effet de la grâce.

Nous terminerons là ce rapide compte rendu. L'éloge du nouveau livre de M. Ribot n'est pas à faire. Les *maladies de la volonté* ont la même valeur que les *maladies de la mémoire*; elles auront le même succès.

D<sup>r</sup> L. CAMUSET.

*Compte-rendu général de l'administration de la justice criminelle en France et en Algérie pendant l'année 1881, présenté au Président de la République*; par M. Martin-Feuillée, garde des sceaux, ministre de la Justice et des cultes. Paris, Imprimerie nationale, 1883.

La statistique de la justice criminelle pour l'année 1884 établie par M. Martin-Feuillée, ministre de la justice, est présentée d'une façon excessivement claire. Les nombreux tableaux qui la composent donnent tous les renseignements désirables sans recherches ni études préliminaires. Le rapport du ministre au Président de la République, rapport qui précède les tableaux, indique brièvement les conclusions les plus importantes à tirer des statistiques.

Il est presque inutile de faire ressortir l'importance, au point de vue de la médecine mentale, de cette statistique qui a dû

exiger un travail considérable. Le crime et la folie ne sont pas deux choses identiques, mais il y a entre eux une certaine parenté et souvent même ils se confondent. « Entre le crime et l'insanité, il existe une zone neutre; sur l'un des bords on n'observe qu'un peu de folie et beaucoup de perversité, à la limite opposée la perversité est moindre et la folie domine. » (Maudsley, *Crime et folie*.)

Nous laissons de côté la question de la responsabilité légale des aliénés qui est devenue simplement affaire de clinique, puisque, d'après la loi, l'aliéné est irresponsable et qu'en pratique on admet volontiers le système des responsabilités proportionnelles. Par conséquent, plus la science aliéniste se perfectionnera, moins on verra de jugements malheureux. Ne nous occupons que du véritable criminel, de l'homme qui cède à ses passions mauvaises, alors qu'il eût pu les réprimer par sa volonté. Eh bien, nous pensons que ce criminel-là est lui aussi de la compétence du médecin.

Il y a, en effet, chez l'homme, outre l'intelligence, un ensemble de propriétés et de fonctions diverses dont le concours constitue ce qu'on appelle le sens moral. Ce sens moral marche souvent parallèlement à l'intelligence, mais parfois il est dépravé ou annihilé, alors que cette dernière se maintient remarquable. Eh bien! cette qualité par excellence qui, plus encore que l'intelligence, établit la supériorité de l'homme, elle obéit aux mêmes lois auxquelles obéissent les autres fonctions cérébrales. Elle subit l'influence de l'hérédité, de l'éducation et des milieux, et même celle des modifications organiques accidentelles. Cette proposition que quelques-uns trouvent peut-être trop audacieuse, était cependant reconnue comme vérité vulgaire dans les temps les plus reculés. Si pendant quelques siècles elle a cessé d'être admise, c'est grâce à l'obscurité répandue sur la véritable philosophie par la création de toutes ces entités métaphysiques fictives qui finirent par s'imposer pour des réalités. Nous ne voulons cependant pas dire que le sens moral, la conscience des moralistes, soit immuable à travers les temps : il se modifie avec les civilisations et avec le progrès, mais il est toujours en harmonie avec les acquisitions humaines les plus élevées et les plus abstraites de l'époque que l'on considère. C'est ainsi que l'inceste habituel chez les anciens Egyptiens, le suicide autrefois en honneur à Rome révoltent, le premier surtout, la conscience des hommes d'aujourd'hui.

Or, les causes qui amènent la dépravation de la conscience,

sont les mêmes que celles qui produisent la folie, et elles agissent sur l'individu en particulier ou sur sa descendance. Il y a donc, en fin de compte, dans l'étude de la criminalité, une étude d'hygiène morale qui nécessite le concours et du moraliste et du médecin.

On avait, il y a quelques années, fondé de grandes espérances sur la méthode des statistiques appliquée à la pathologie, espérances en partie déçues. Les causes de cet échec sont nombreuses : d'abord beaucoup de faits échappent forcément au dénombrement, puis les entités morbides ne sont pas toujours nettement caractérisées, enfin les conditions nocives sont multiples et variables d'un moment à l'autre, ce qui fait qu'il est impossible de les classer et de les compter. Mais dans la statistique de la criminalité, ces causes d'erreurs n'existent pas. Les chiffres sont absolument exacts, les espèces comparées sont toujours de même nature. Ainsi, par exemple, quand on compte le nombre des assassinats, en un temps donné, dans une région, celui des assassinats dans une autre contrée pendant le même laps de temps; quand ensuite on établit la proportion avec la population dans ces deux régions, on arrive à un résultat mathématiquement exact. Ce résultat mis en regard des conditions sociales, du degré d'instruction, de la consommation de l'alcool, etc... dans les deux régions différentes, on a un tableau dont on peut tirer des conséquences certaines.

Tous les renseignements de ce genre sont donnés dans le rapport de M. Martin-Feuillée. Il serait inutile de tenter l'analyse, même la plus succincte, d'un pareil travail; mais pour en faire comprendre la valeur, nous allons donner quelques chiffres de la statistique qui a trait au rapprochement entre le nombre des condamnés libérés et celui des récidives; la question des récidivistes étant justement à l'étude au Parlement. Puis nous parcourrons le tableau des suicides, ce dernier sujet rentrant absolument dans la médecine mentale.

*Rapprochement entre le nombre des condamnés libérés et celui des récidives (pages 433 à 439).*

	Hommes	Femmes	Total
4° Condamnés libérés en 1884 des maisons centrales. .	5.789	4.025	6.814
Nombre de ces libérés condamnés de nouveau jusqu'au 31 décembre 1884.	4.082	405	4.48

Ces 4,487 individus ont été condamnés de nouveau depuis leur libération : 933 une fois, 178 deux fois, 56 trois fois 49 quatre fois, 4 cinq fois.

Les nouvelles poursuites ont été motivées pour : vols qualifiés 42 fois, vols 14 fois, escroqueries 494 fois, infraction au ban de la surveillance 340 fois.

2° Un tableau analogue donne le nombre des condamnés libérés en 1880 et celui de ces libérés condamnés à nouveau jusqu'au 31 décembre 1884. Nous l'abrégeons :

	Hommes et Femmes
Condamnés libérés en 1880 . . . .	7.287
Nombre de ces libérés condamnés à nouveau jusqu'au 31 décembre 1884 . . . . .	2.315

3° Un troisième tableau donne la même statistique à partir de 1879 :

Condamnés libérés en 1879. . . .	7.202
Parmi eux furent récidivistes jusqu'au 31 décembre 1884 . . . .	2.614

Ces 2,614 ont été condamnés à nouveau : 4,364 une fois, 609 deux fois, etc... 1 l'a été seize fois.

4° Enfin, un dernier tableau établit comparativement les résultats fournis par les trois tableaux précédents, on y voit que les récidives sont surtout fréquentes pendant l'année qui suit la libération et en résumé que la proportion des récidivistes est de 39 p. 100 pour les hommes et de 36 p. 100 pour les femmes.

Ces chiffres ont une grande signification. La proportion énorme de 39 p. 100 des récidives chez les condamnés hommes, ainsi que ces condamnations multiples infligées aux mêmes individus en moins de trois ans font voir qu'il existe de véritables infirmes du sens moral absolument incurables. Tout ce que l'on peut faire, c'est d'empêcher le plus possible l'apparition de ces types de perversité et pour cela il faut agir, non sur les individus mais sur les ascendants.

#### *Renseignements sur les suicidés.*

En 1884, il y a eu 6,741 suicidés, dont 5,286 hommes et 1,455 femmes. — 48 avaient moins de 16 ans, (un n'en avait



même pas 8); 4,306 avaient de 50 à 60 ans, 484 avaient 80 ans et plus, etc...

On voit, en rapprochant le chiffre des suicidés des différents âges de celui des recensements, que pour les deux sexes la tendance au suicide s'accroît avec l'âge.

3,580 suicidés habitaient la campagne, 3,000 la ville; les autres n'avaient pas de domicile connu.

Les motifs présumés des suicides sont répartis ainsi :

Misère, embarras de fortune, etc. . . . .	747
Chagrins de famille. . . . .	938
Amour, jalousie, inconduite, etc. . . . .	4.450
Peines diverses : dégoût de la vie, du service militaire, désir de se soustraire à des poursuites judiciaires, etc. . . . .	4.484
Maladies cérébrales . . . . .	2.422

Nous nous en tiendrons à ces courts extraits. Nous voudrions avoir réussi à faire ressortir l'importance de cette statistique et sa grande utilité au point de vue des études de la criminalité et de la médecine mentale, études qui, comme nous l'avons dit plus haut, sont intimement unies.

Dr L. CAMUSET.

*Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. — Compte rendu du service des épileptiques et des enfants idiots et arriérés de Bicêtre, pendant l'année 1882, par Bourneville, médecin de Bicêtre, E. Bonnaire et Wuillamié, internes du service. — Paris, aux bureaux du Progrès Médical, 1882.*

M. Bourneville publie tous les ans, à la suite du compte rendu général de son service, les cas médicaux les plus importants observés pendant l'année. Cette série de publications intitulée : *Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie*, forme déjà un recueil d'études sur les maladies nerveuses, recueil dont l'importance s'accroît avec le temps. Des travaux disséminés dans des articles de journaux, dans des thèses, se trouveront ainsi réunis au grand profit des recherches bibliologiques toujours difficiles.

La première partie du livre que nous analysons comprend l'histoire du service pendant l'année 1881. L'auteur énumère toutes les améliorations réalisées pendant le cours de l'année : la création d'une petite école pour les enfants idiots gâtés et valides, ce qui permet de rendre libre pendant le jour une des deux salles de l'infirmerie si insalubre des enfants idiots; — la transformation des plafonds à poutres apparentes en plafonds pleins; — l'installation de tuyaux en caoutchouc pour lessiver à fond les salles du service; — l'amélioration du matériel scolaire; — l'établissement de promenades fréquentes dans l'intérieur de l'hospice et au dehors.

Malgré toutes ces améliorations, le service des enfants idiots de Bicêtre n'est pas ce qu'il devrait être, et il est urgent de mettre à exécution le projet de construction d'une section spéciale pour les enfants, projet que poursuit M. Bourneville. Cette infirmerie, composée de deux grandes salles séparées par une cloison vitrée, où vivent entassés les enfants atteints de maladies intermittentes, les gâtés valides et les gâtés infirmes, n'est pas digne de l'assistance publique de Paris. Il y a là un contraste avec les autres services hospitaliers du même genre, qui impressionne péniblement le visiteur. Pour qu'une telle installation ne soit pas sordide, il faut des soins et un zèle extraordinaires, et l'encombrement fera toujours sentir son influence nocive toutes les fois qu'il surviendra quelque épidémie. C'est ainsi que l'épidémie de rougeole relatée dans le volume a été particulièrement meurtrière.

La partie réservée à la clinique renferme des études sur l'idiotie, sur l'hystéro-épilepsie, sur l'épilepsie et enfin l'histoire de l'épidémie de rougeole qui a sévi sur le service des enfants.

Pour l'idiotie, nous trouvons plusieurs observations intéressantes, surtout parce qu'elles font voir plusieurs des causes immédiates de l'affection. Ainsi, dans l'une, l'idiotie est due à une sclérose tubéreuse des circonvolutions. Dans une autre, elle est la conséquence d'une méningo-encéphalite chronique. Dans deux autres observations, c'est la microcéphalie qui est la cause. Dans la dernière, enfin, c'est l'hydrocéphalie. De belles planches, dessinées par M. Leuba, mettent devant les yeux les difformités et les lésions trouvées aux autopsies. Une de ces observations nous a particulièrement intéressé, c'est celle d'idiotie, suite de méningo-encéphalite chronique. A l'autopsie, en enlevant les méninges, on enlevait avec elles la substance

grise dans toute son épaisseur, le squelette de substance blanche des circonvolutions était ainsi mis à nu presque partout. On sait que le fait s'observe, à un degré variable, dans la paralysie générale ancienne. Mais dans cette dernière affection, il y a simultanément sclérose diffuse de tout l'encéphale : substance grise et substance blanche. Il est regrettable qu'on n'ait pas fait l'examen histologique de la pulpe cérébrale du cerveau de l'idiot.

L'enfant atteint d'hystéro-épilepsie a été guéri par l'hydrothérapie. Parmi les observations d'épilepsie, l'une se faisait remarquer par la coïncidence de la névrose et de l'ataxie locomotrice. En plus, le malade était rhumatisant et il présentait des exostoses et des arthropathies qui se rattachaient (les arthropathies) non à l'ataxie mais au rhumatisme.

Quant à l'histoire de l'épidémie de rougeole, elle fait voir, comme nous l'avons déjà dit, la gravité de l'épidémie. Sur dix-sept cas, il y eu a six décès; la plupart à la suite de bronchopneumonie. M. Bourneville attribue, à juste raison, cette gravité exceptionnelle en grande partie à l'encombrement. A ce propos il passe en revue les différentes opinions sur la résistance totale de l'organisme des idiots aux affections fébriles accidentelles.

D<sup>r</sup> L. CAMUSET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Vergehen und Verbrechen an Geisteskranken; par le D<sup>r</sup> Wille; Bâle, 1883, br. in-8°.

— Ein Fall von acuter Intoxication; par le D<sup>r</sup> Wille, br.in-8°

— Nieren Krankheiten und Psychosen, par le D<sup>r</sup> Wille, br. in-8°.

— Aerztlicher Bericht über die Irrenabtheilung des Bürgerspitals in Basel vom Jahre 1882; par le D<sup>r</sup> Wille; Bâle 1883; br. in-8°.

— Verslag betreffende het gesticht Meerenberg over Hetjaar 1882; par le D<sup>r</sup> Van Persijn; Haarlem, 1883; br. in-8°.

— Estudos sobre physiologia e pathologia da memoria; par le D<sup>r</sup> Alves de Magalhães; Porto, 1883; br. in-8°.

— De la démence précoce chez les jeunes aliénés héréditaires; par le Dr Georges Gauthier; thèse de Paris, 1883; br. in-8°.

— Asile public d'aliénés de Saint-Robert; compte moral et administratif de l'exercice 1882; par M. J. Pinot; Grenoble 1883; br. in-8°.

— Insanity; its classification, diagnosis and treatment; a manual for students and practitioners of medicine; par le Dr E. C. Spitzka; New-York, 1883; vol. in-8°.

— L'âme est la fonction du cerveau; par Emile Ferrière; Paris, 1883; 2 vol. in-42.

— American neurological association; ninth annual meeting par le Dr Wesley M. Carpenter; New-York, 1883; br. in-8°.

— Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence du centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche; par le Dr Bitot; Bordeaux, 1883; br. in-8°.

— Gheel et le patronage familial. Lettres médicales; par le Dr J.-A. Peeters; Bruxelles, 1883; vol. in-8°.

— Quelques considérations sur l'évolution du délire dans la vésanie; par le Dr Paul Gèrente; Paris, 1883; br. in-8°.

— Epilepsie larvée; rapports médico-légaux; par le Dr Henry Bonnet; Châlons, 1883; br. in-8°.

— De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques; par le Dr W. R. Gowers; traduit de l'anglais par le Dr Albert Carrier; Paris 1883; vol. gr. in-8° de 480 p. chez G. Masson; prix 40 fr.

---

---

## CORRESPONDANCE

---

Évreux, le 14 décembre 1883.

Monsieur le directeur des *Annales médico-psychologiques*.

Je vous prie de vouloir bien me permettre de répondre, dans les *Annales*, quelques mots aux critiques que m'a adressées M. Camuset, au sujet des comptes « dépôts et pécule de l'asile d'Évreux ».

Dans l'analyse de mon rapport médico-administratif de 1882 qu'il vient de faire, il trouve que le chiffre de 40,000 fr. auquel se montent en moyenne ces comptes, est beaucoup trop élevé.

Le chiffre exact du 31 décembre 1882 dépassait un peu cette moyenne. Il était pour les dépôts de 20,642 fr. 24 et pour le pécule de 20,937 fr. 96, ce qui donne un total de 41,580 fr. 20.

M. Camuset pense que les dépôts sont constitués uniquement par l'argent laissé par les parents ou par les amis des malades, afin que ceux-ci le dépensent pour leur bien-être.

Il peut en être ainsi à l'asile de Vaucluse (1), dont M. Camuset est le médecin adjoint, mais il n'en est pas de même à celui d'Évreux, ni dans la plupart des autres asiles, où les « dépôts » sont alimentés surtout par les avances pour pensions des aliénés entretenus au compte des familles, et par les sommes que recouvre l'administrateur provisoire des biens des aliénés non interdits, sommes dont la plus grande partie est affectée, par l'autorité préfectorale, au paiement d'une partie des dépenses qu'occasionnent aux départements les indigents.

Un reproche très grave est adressé à l'administration de l'asile par M. Camuset pour le pécule des aliénés.

Il prétend, je ne sais d'après quels renseignements, qu'elle empêche les aliénés de se servir de leur pécule, pour le laisser s'accumuler, afin que l'asile en hérite après leur mort : « On donne d'une main pour reprendre de l'autre. »

Cette assertion est complètement erronée, et je puis affirmer que l'asile d'Évreux est un des asiles où le pécule accordé

(1) Le *patrimoine des aliénés* est en effet, dans le département de la Seine, confié à un comptable spécial. Les sommes remises par les familles pour les pensions et menues dépenses doivent toujours et partout en être séparées. L. L.

aux aliénés travailleurs, est non seulement le plus élevé, mais aussi le plus largement mis à leur disposition.

Les chiffres suivants ne permettent, il me semble, aucun doute à cet égard.

Pendant la dernière période quinquennale de 1878 à 1883, les aliénés ont dépensé sur leur pécule 53,736 fr. 38, pour menues dépenses choisies par eux, tandis que le pécule des aliénés décédés, dont a hérité l'asile, n'a été que de 3491 fr. 09.

Mes prédécesseurs, MM. Védie et Broc, dont je n'ai fait que suivre l'exemple, ont eu d'autant plus de mérite de porter à un chiffre élevé les gratifications allouées aux travailleurs, que la situation financière de l'asile a toujours été très gênée, par suite de la cherté des vivres à Evreux, et de l'absence de pensionnat.

En 1873, le département avait dû faire à l'établissement une avance de 405,962 fr. 59 sur laquelle il est encore resté 25,962 fr. 59 aujourd'hui.

Les inspecteurs généraux vérifient avec soin, à chacune de leurs inspections, les sommes allouées aux travailleurs et l'usage qui en est fait, de sorte que la petite spéculation (4) dont parle M. Camuset est impossible dans aucun asile.

Veuillez agréer d'avance, monsieur le directeur, l'assurance de mes vifs remerciements pour l'insertion de cette lettre.

D<sup>r</sup> BAUNET.

---

*A Monsieur le Directeur des Annales médico-psychologiques.*

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Monsieur Luys vous adresse dans le dernier numéro des *Annales* une lettre dont je reçois aujourd'hui seulement communication.

Notre distingué confrère veut bien s'occuper du *Manuel des maladies mentales* que j'ai récemment publié et que mon excellent maître, M. Dagonet, a présenté d'une façon si bienveillante aux lecteurs de votre Journal. Il veut bien reconnaître qu'après avoir cité son nom dans la préface, je l'ai cité souvent au cours de mon travail, en exposant ses idées principales; mais il me

(4) M. Camuset n'a jamais songé à adresser un pareil reproche à la direction de l'asile d'Evreux; il s'est contenté d'émettre une réflexion qui lui était suggérée par les chiffres mêmes du rapport. L. L.

reproche, au sujet des emprunts que j'ai cru devoir lui faire, d'avoir, dans deux ou trois circonstances, omis d'indiquer leur origine.

M. Luys se plaint en premier lieu de me voir, sans aucune explication préparatoire, commencer mon livre par les hallucinations. Son nom, il est vrai, aurait dû suivre les cinq premières lignes de ce chapitre, de même que je n'ai pas manqué de l'indiquer quelques pages plus loin pour une citation analogue et pour ainsi dire parallèle au sujet des illusions. Cet oubli, ainsi que ceux que j'ai pu commettre, sera réparé à la prochaine occasion.

Mais où M. Luys me semble s'être mépris sur le sens de mes intentions, c'est lorsqu'il m'accuse de faire, à son exemple, des hallucinations une unité nosologique indépendante.

Jamais je n'ai eu cette pensée. L'hallucination n'étant qu'un symptôme ne saurait constituer une maladie à part; j'ai donc le vif regret de ne point partager l'opinion de M. Luys lorsqu'il veut faire des hallucinés un groupe aussi distinct que celui des paralytiques généraux, des épileptiques, etc... En commençant par l'étude des hallucinations, je n'ai fait que suivre l'exemple de plusieurs de mes maîtres et notamment de M. Dagonet qui, en décrivant dans les premières pages de son remarquable traité cette importante question de sémiologie, ne s'est jamais imaginé engendrer une entité morbide spéciale.

Le second grief de M. Luys concernant la définition de la paralysie générale me cause, je l'avoue, une certaine surprise. Si, en effet, dans mon manuel, j'avais pu donner à l'étude de cette affection tout le développement qu'elle comporte, j'aurais dû commencer par l'historique et indiquer d'abord cette opinion de M. Luys qui attribue aux lésions du cervelet la production des symptômes de la paralysie générale (*Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal*, 1865, p. 622 et suivantes). Plus tard, dans ses leçons faites à la Salpêtrière, en 1873, M. Luys, conservant cette même opinion, parlait avec dédain de l'idée qui rattachait la paralysie générale à une encéphalite interstitielle diffuse généralisée : « Il est aussi peu rationnel de décrire une maladie généralisée aux organes encéphaliques qu'une maladie généralisée aux organes contenus dans la cavité thoracique, qui comprendrait le cœur, les poumons, etc... C'est ainsi que s'exprimait M. Luys dans un cours fait à la Salpêtrière en juillet 1873 ; ce savant est fort porté à rechercher dans le cervelet la cause de la paralysie générale. » (*Considérations*

sur le siège, la nature, les causes de la folie paralytique, Burlureau, thèse de Paris 1874, p. 8.)

Comment M. Luys, l'ennemi de l'encéphalite interstitielle diffuse, a-t-il depuis trouvé son chemin de Damas? C'est sans doute en se ralliant aux doctrines émises successivement par MM. Magnan, Westphal, Mierzejewski, Lubinoff. Quant à moi, connaissant déjà ces travaux, j'ai cru devoir emprunter mon expression de myélo-encéphalite interstitielle diffuse aux recherches de M. Magnan sur la paralysie générale et notamment à la leçon de la *Gazette des hôpitaux* (mars 74), qui résume les données cliniques sur ce sujet. C'est en outre dans les leçons de ce maître sur la paralysie générale, recueillies par M. Langlet et publiées dans la *Gazette des hôpitaux* (12, 14, 19, 23 mai 1868) que j'ai puisé la dernière partie de ma définition, à savoir: « le fond de démence sur lequel reposent les troubles psychiques de différents ordres. »

Si donc, j'avais fait suivre ma définition du nom de M. Luys, qu'en dirait M. Magnan?

Quant à la formule (sp. de morphine, chloral, bromure de potassium) que M. Luys me reproche de m'être appropriée, loin de moi la pensée d'en revendiquer la paternité. Je me permettrai, toutefois, de faire observer à M. Luys que cette médication complexe, usitée depuis de longues années dans la thérapeutique infantile, a été aussi employée par d'autres aliénistes. C'est ainsi, par exemple, que Yastrowitz unit le chloral à la morphine dans les cas de manie, et que Wilkie, Burman et H. Platt se sont bien trouvés de l'association du chloral à la morphine ou au bromure de potassium (Dujardin-Beaumetz, *Dictionnaire de thérapeutique*, page 836).

Veuillez agréer, je vous prie, monsieur le directeur, avec mes plus vifs remerciements, l'expression de mes sentiments respectueux.

M. BRA,

ancien interne

des asiles d'aliénés de la Seine.

Paris, 19 décembre 1883.



---

## VARIÉTÉS

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 28 avril 1883* (omission): M. le Dr LARRIEU, médecin de la maison centrale d'Aniane, est nommé médecin adjoint de l'asile Sainte-Gemmes (Maine-et-Loire) et placé dans la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.).

— *Arrêté du 27 novembre 1883*: M. le Dr PARIS (Alexandre), ancien interne des asiles de Maréville et de Châlons-sur-Marne, est nommé médecin adjoint de ce dernier établissement (place créée) et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (2,500 fr.).

— *Arrêté du 28 décembre 1883*: Sont promus pour prendre rang à partir du 4<sup>or</sup> décembre: à la classe exceptionnelle de son grade (8,000 fr.) M. PINOT, directeur de l'asile de Saint-Robert (Isère); à la 1<sup>re</sup> classe (7,000 fr.) MM. les Drs DUFOUR, médecin en chef de l'asile de Saint-Robert et PORET, directeur-médecin de l'asile de Rennes; à la 3<sup>e</sup> classe (5,000 fr.) M. le Dr ALLEMANDOU, directeur-médecin de l'asile de Saint-Alban (Lozère); à la 1<sup>re</sup> classe de son grade (3,000 fr.), M. le Dr MAUNIER, médecin adjoint de l'asile d'Aix.

— M. le Dr BIAUTE, médecin adjoint de l'asile de Blois, vient d'être nommé médecin en chef du quartier d'aliénés de l'hospice Saint-Jacques de Nantes, en remplacement de M. le Dr Petit, décédé.

— Par décret en date du 27 novembre 1883, M. PIERRET, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Lyon, est transféré sur sa demande, dans la chaire de clinique des maladies mentales vacante à ladite Faculté par suite du décès de M. Arthaud.

### PRIX DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

#### *Prix décernés pour l'année 1882*

*Prix Civrieux. — Recherches sur les causes de l'ataxie locomotrice.*

Ce prix était de la valeur de 2,000 fr.

Deux mémoires ont concouru.

L'Académie décerne le prix à MM. L. Laudouzy, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, et G. BALLET, chef de clinique à la même Faculté.

*Prix Falret. — Des vertiges avec délire.*

Ce prix était de la valeur de 1,500 fr.

Un seul mémoire a concouru.

L'Académie décerne le prix à son auteur, M. le Dr Garnier (Paul), inspecteur des asiles d'aliénés du département de la Seine.

*Prix Saint-Lager.* — Recherches expérimentales sur l'étiologie du goître.

Il n'y a pas eu de concurrents.

*Prix proposés pour 1884.*

*Prix Lefèvre.* — Ce prix de la valeur de 2,500 fr. sera décerné au meilleur ouvrage sur la mélancolie.

*Prix Falret.* — 1,000 fr. — *Des folies diathésiques.*

*Prix Civrieux.* — 1,500 fr. — *De la sclérose en plaques disséminées.*

*Prix Saint-Lager.* — Extrait de la lettre du fondateur :

« Je propose à l'Académie une somme de 4,500 fr. pour la fondation d'un prix de pareille somme, destinée à récompenser l'expérimentation qui aura produit la tumeur thyroïdienne, à la suite de l'administration, aux animaux, de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. »

Le prix ne sera décerné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la commission académique.

*Nota.* — Les mémoires pour les prix à décerner en 1884 devront être envoyés à l'Académie avant le 1<sup>er</sup> juillet de l'année 1884. Ils devront être écrits en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté, avec devise, indiquant les noms et adresses des auteurs.

#### DE L'INTERNAT A L'ASILE DE MARSEILLE

Un concours pour la nomination à deux places d'élèves internes en médecine dans l'asile d'aliénés de Marseille s'ouvrira le 24 février 1884, à deux heures de l'après-midi. Les élèves en médecine qui désirent concourir doivent être pourvus de seize inscriptions de doctorat, et se faire inscrire avant le 18 février prochain.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1<sup>er</sup> mars 1884; ils sont nommés pour trois ans, touchent un traitement annuel de 800 francs et sont logés, nourris, chauffés et éclairés.

#### LA FOLIE, L'ALCOOLISME ET LE SUICIDE DANS L'ARMÉE.

Nous empruntons à un important travail de M. le Dr Morvaud, sur la morbidité et la mortalité dans l'armée (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, décembre 1883, p. 525 et suivantes) les renseignements suivants :

*Aliénation mentale.* — Le tableau suivant indique le nombre

d'aliénés militaires reçus dans les hôpitaux spéciaux pendant la période quinquennale 1875-79 :

En 1875 . . . . .	215
En 1876 . . . . .	478
En 1877 . . . . .	460
En 1878 . . . . .	459
En 1879 . . . . .	473
Total . . . . .	885

Il ressort de ce tableau que le chiffre des aliénés militaires s'élève annuellement à près de 177, ce qui donne une proportion de 0,44 pour 1,000 hommes d'effectif. L'aliénation mentale fournit 1,5 pour 1,000 entrées aux hôpitaux (1872-79).

La forme d'aliénation mentale prédominante dans l'armée est la paralysie générale.

Si la proportion des admissions des aliénés militaires à celles des cultivateurs est représentée par la formule 12/14, cette énorme différence a, jusqu'à un certain point, sa raison d'être dans une circonstance complètement extra-médicale, à savoir que tous les fous de l'armée sont envoyés dans les établissements spéciaux, tandis qu'un tiers au moins des fous de la population civile sont, suivant M. Lunier, conservés dans leur famille (Léon Colin).

Cependant, il faut convenir que la folie offre une certaine prédominance dans l'armée relativement à la population civile.

L'aliénation mentale semble subir une décroissance marquée dans l'armée française; les officiers paraissent frappés plus fréquemment que les sous-officiers et les soldats; les sous-officiers eux-mêmes, avant l'application des nouvelles lois militaires, offraient plus de cas de folie que les simples soldats; il n'en est plus de même aujourd'hui.

La prédominance des atteintes de folie parmi les officiers, tient à la fréquence de la paralysie générale qui représente la moitié (Dufour) et même les trois quarts (Léon Colin) des cas d'aliénation observés parmi eux.

La paralysie générale se développe principalement chez les officiers entraînés par la passion du travail; c'est ce qui explique la prédominance de cette maladie dans certaines armes spéciales (artillerie, génie, corps de santé).

Chez le soldat, dominent des formes d'aliénation mentale habituellement bénignes, manie et lypémanie, qui, à partir de l'âge de trente ans, se compliquent fréquemment d'alcoolisme (J. Arnould, Dufour).

Le danger de l'aliénation mentale augmente avec les années de service et paraît presque quadrupler après quatorze ans passés sous les drapeaux.

**Alcoolisme.** — La prédisposition spéciale des armées à l'alcoolisme est entraînée par le désœuvrement du soldat, par l'éloignement de la famille, par les excitations mutuelles (Léon Colin).

L'alcoolisme aigu est peu commun chez les jeunes soldats, qui n'ont pas l'habitude des boissons alcooliques; cette affection réclame immédiatement les secours du médecin qui doit intervenir, soit pour favoriser l'évacuation du liquide toxique, soit pour rétablir la respiration.

L'alcoolisme chronique, au contraire, s'observe surtout chez les vieux soldats, en général chez les sous-officiers qui ont perdu toute chance d'avancement.

Les entrées aux hôpitaux qui représentent seulement les cas très graves d'alcoolisme, sont relativement rares. Le tableau suivant en indique la fréquence pour les années de la période de 1875 à 1879, ainsi que le nombre des décès :

En 1875, 111 entrées	22 décès
En 1876, 87	22
En 1877, 93	14
En 1878, 77	49
En 1879, 84	42
452 entrées	89 décès.

Cela constitue donc une moyenne de 18 décès par alcoolisme et par année, soit 1 pour 25,000 hommes, proportion relativement faible si on la compare à celle de la population civile et surtout à celle de certaines autres armées, principalement de l'armée anglaise, où cette proportion atteint 43 pour 100,000 hommes.

*Suicide.* — Pendant la période 1862-69, le suicide est représenté dans notre armée par 1 pour 2,000 hommes d'effectif.

Or, à Paris, où la mortalité par suicide est si fréquente, elle n'atteint pas 0,4 et en France 0,1 pour 1,000 (Bertillon).

Pendant la période 1872-79, le suicide se chiffre par 3,3 décès sur 100 décès généraux ou 0,35 pour 1,000 hommes présents, proportion encore considérable si on la rapproche des chiffres suivants, obtenus par Brouardel pour exprimer la fréquence des suicides dans la population civile de la France :

Pour 1,000 survivants de 20 à 30 ans . . . .	0,14 suicides
Pour 1,000 ruraux . . . . .	0,13 —
Pour 1,000 citadins, habitant les centres d'au	
moins 2,000 âmes. . . . .	0,23 —

Les suicides par armes à feu sont les plus fréquents parmi nos soldats; après, viennent les suicides par strangulation, puis par submersion, par armes blanches; le suicide par empoisonnement est excessivement rare.

Quant aux saisons, c'est dans l'été et pendant les mois de juillet et d'août que le suicide offre le plus de fréquence dans notre armée.

*Pour les articles non signés:*

LUNIER.

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

CHRONIQUE

---



Projet de revision de la loi sur les aliénés.—Nomination de M. le D<sup>r</sup> Th. Roussel comme Rapporteur devant le Sénat. — Rapport de M. le D<sup>r</sup> Blanche à l'Académie de médecine. — Crétinisme opératoire succédant à l'ablation du corps thyroïde. — Crétinisme sporadique coïncidant avec l'absence du corps thyroïde. — Maladie de Thomsen. — La paraldéhyde comme médicament hypnotique.

\* Cette chronique sera forcément courte, l'espace dont nous disposons se trouvant réduit par l'abondance des matériaux, notamment de ceux qui concernent le projet de revision de la loi du 30 juin 1838.

Nous avons à signaler deux faits importants qui se rapportent à ce sujet d'actualité.

D'une part la commission sénatoriale, dont les séances se multiplient avec un zèle persistant, a choisi pour son Rapporteur M. le D<sup>r</sup> Th. Roussel, membre de l'Académie de médecine, si connu dans le monde médical par ses remarquables travaux sur la pellagre. En outre, le nom de

notre savant confrère est devenu populaire en France, grâce à la loi de 1874 sur la protection de la première enfance, loi dont il a été le promoteur, à l'application de laquelle il n'a jamais cessé de contribuer activement, et que l'on appelle, partout, la loi Roussel. C'est encore lui qui a joué le principal rôle dans la confection de la loi destinée à combattre l'ivrognerie, et dans les derniers travaux législatifs se rapportant aux enfants indisciplinés, aux moralement abandonnés, aux jeunes détenus. Enfin, dès 1873, M. Th. Roussel avait pris l'initiative de la revision de la législation sur les aliénés, en présentant à l'Assemblée nationale de Versailles un projet préparé, dans ce but, par la Société de législation comparée. M. Th. Roussel, on le voit, est toujours au premier rang lorsqu'il s'agit de représenter, au Parlement, la cause de la science et celle de l'humanité ; il était donc des mieux qualifiés pour devenir, devant le Sénat, le protecteur officiel des aliénés, dont, il ne faut pas l'oublier, les intérêts sont principalement en jeu, dans cette œuvre législative.

D'autre part, M. le Dr Blanche a lu, devant l'Académie de médecine, dans la séance du 23 janvier, un très bon Rapport au nom de la commission à l'examen de laquelle le projet de loi avait été renvoyé, sur la demande du Sénat. Nos lecteurs trouveront, plus loin, la reproduction textuelle de ce travail remarquable, où toutes les questions médicales et judiciaires que touche le projet sont traitées avec une compétence que personne ne songerait à discuter, et avec un talent d'exposition auquel tout le monde a applaudi. Sans doute, le sujet n'est pas épuisé, un volume n'aurait pas suffi pour cela, mais à chaque page se révèle la sollicitude éclairée pour le malade, dont, nous le répétons, l'intérêt doit dominer tous les autres. La discussion des conclusions de ce Rapport, après avoir été retardée par celle relative à la trichinose, a commencé le 12 février ; MM. Billod et Luys ont parlé dans cette première séance ;

M. Mesnet a occupé, seul, celle du 19 ; nous reviendrons sur l'ensemble de cette discussion qui ne peut manquer d'être très intéressante.

Ce n'est pas uniquement à Berne que l'on a été frappé de l'influence fâcheuse que l'ablation du corps thyroïde peut exercer sur l'évolution intellectuelle des opérés. Non seulement elle a été constatée, dans cette ville, par M. le professeur Kocher, mais elle l'a encore été, à Genève, par MM. J.-L. Reverdin, Auguste Reverdin, Julliard; en outre, dans le numéro du 15 novembre 1883 de la *Revue médicale de la Suisse Romande*, M. le Dr H.-A. Lombard, a publié, sur les fonctions du corps thyroïde, d'après des documents récents, un intéressant mémoire où l'opération de la thyroïdectomie est signalée comme pouvant produire les effets les plus nuisibles, au point de vue physique et au point de vue mental. Sous le premier rapport, ce sont le refroidissement général, l'anémie consécutive, la gêne de la marche, des mouvements, de la station debout, la bouffissure de la face, des pieds ou des mains sans albuminurie. Sous le second rapport, on observe la tristesse, la taciturnité, la paresse intellectuelle; une jeune fille se mettait en colère lorsqu'elle ne pouvait pas trouver une réponse assez prompte et se désolait de parler si lentement. Chez une autre, les traits du visage se sont épaissis, l'intelligence s'est obscurcie de telle manière qu'elle est devenue presque crétine. Ces phénomènes sont surtout marqués dans les cas où l'opération a été pratiquée à l'époque de la croissance.

Comme illustration de cette déchéance physique et morale, M. Lombard reproduit une photographie représentant, côte à côte, deux jeunes filles de la même famille. Dans leur première enfance, ces deux sœurs se ressemblaient tellement que leur mère avait de la peine à les distinguer l'une de l'autre. L'aînée fut opérée du goitre le 8 janvier 1874 par le Dr Kocher, et à la suite elle devint presque

créline ; la sœur cadette au contraire s'est développée normalement, aussi bien quant à la taille qu'en ce qui regarde l'intelligence. La photographie montre une très grande différence de taille et de physionomie entre les deux sœurs.

M. Lombard rapproche ces faits de ce qui a été publié, dans ces dernières années, sur le myxœdème ou cachexie pachydermique et il y trouve certains points d'analogie. Il conclut à l'existence d'un véritable crétinisme opératoire qui démontrerait, en quelque sorte expérimentalement, les rapports intimes qui existent entre le goître et le crétinisme, et qui ont été particulièrement signalés par M. Bailliarger.

Passant à la théorie, M. Lombard se rallie à l'opinion d'après laquelle la glande thyroïde aurait surtout des fonctions hématopoïétiques, analogues à celles de la rate, en sorte qu'une certaine suppléance pourrait s'établir entre les deux organes ; il formule la conclusion générale de son étude dans les termes suivants : « L'intégrité des fonctions » de la thyroïde est d'une importance majeure, pour que » le corps et l'intelligence se développent normalement » dans la jeunesse et se maintiennent chez les adultes. »

A l'appui de cette opinion, il est intéressant de citer un fait récemment publié, dans le *Journal des sciences médicales* de Lille, par M. le Dr Bouchaud, médecin en chef de l'asile des aliénés de Lommelet. Il s'agit d'un cas de crétinisme sporadique, compliqué de nanisme.

Au moment de son entrée à l'asile, le nommé W..., né d'une famille généralement saine, présentait, bien qu'il fût âgé de seize ans et demi, la taille d'un petit enfant de deux ou trois ans, mais la grosseur des diverses parties du corps, de la tête, du tronc, des muscles était démesurément exagérée ; la tête était volumineuse, le col court, le tronc trapu et les membres fort gros. La face était large, le nez déprimé à son origine et très étalé à sa base ; les lèvres épaisses, la bouche béante, la langue hypertrophiée, les dents petites et mal conformées. Aucun signe de puberté ;



verge et testicules rudimentaires ; pas de poils. Couche cellulo-adipeuse sous-cutanée partout très épaisse. Le développement intellectuel était complètement arrêté ; parole à peine articulée ; absence presque complète de sensibilité et de manifestations mentales, de désirs, de sentiments affectifs. Ce tableau est bien celui d'un cas sporadique de crétinisme, tel qu'on en observe de temps en temps dans des localités où cette infirmité n'est nullement endémique ; mais la taille n'était que de quatre-vingts centimètres, ce qui est encore plus court que d'habitude.

Au mois d'avril 1883, W... fut pris d'érythème, puis d'accidents thoraciques, et il succomba en quelques jours avec un abaissement très notable de la température. L'autopsie montra l'existence d'un épanchement péricardique considérable. En outre, elle révéla une particularité sur laquelle l'auteur insiste surtout, l'absence absolue du corps thyroïde ; on rechercha celui-ci avec beaucoup de soin, mais on ne put en découvrir aucune trace.

En rendant compte de ce fait intéressant, M. Bouchaud a soin d'établir que W... n'était pas atteint d'idiotie simple, mais qu'il présentait, réellement, les caractères bien tranchés du crétinisme, sans qu'il fût possible de découvrir l'origine probable de cette affection, ni dans les conditions de sa naissance, ni dans celles du milieu où il avait vécu. Reste, comme particularité frappante, l'absence de corps thyroïde. A cette occasion, M. Bouchaud cite les travaux récents de M. Reverdin et de M. Lombard, de Genève, auxquels nous venons de faire allusion ; il rappelle aussi tout ce qui a été dit sur le myxœdème et la dégénérescence crétinoïde, mais il fait remarquer que chez W... il n'a pu trouver trace d'œdème ni d'un excès de mucine, mais seulement un très grand développement du tissu graisseux. Enfin, il dit que dans certains cas de myxœdème « une atrophie du corps thyroïde a été signalée ; l'absence de cet organe que nous avons constatée, ajoute-t-il, serait

« donc un phénomène du même ordre et viendrait augmenter le nombre des caractères qui permettent de rapprocher, comme on a tenté de le faire, le myxœdème du crétinisme. L'absence du corps thyroïde ne serait que le dernier degré de l'atrophie de l'organe. »

Sans que cela puisse diminuer, en rien, l'intérêt du travail de M. Bouchaud, nous devons dire que ce n'est pas la première fois que la coïncidence de l'état crétinoïde et de l'absence du corps thyroïde est signalée. Elle a été constatée chez deux sujets dont les observations ont été publiées en Angleterre, par Curling (*Medico-chirurg. transaction*, vol. 33, p. 303, 1830), et qui présentaient, en outre, des tumeurs lipomateuses des deux côtés du cou. L'auteur dit formellement que les deux cas qu'il a observés révèlent « un état pathologique du cerveau ou crétinisme, combiné avec une absence totale du corps thyroïde qui peut être regardée comme tendant à confirmer l'opinion plus moderne touchant les rapports entre le crétinisme et le goître. »

Cette remarquable citation de Curling, qui remonte à trente-trois ans, vient d'être tout dernièrement reproduite par le D<sup>r</sup> L.-H. Petit, sous-bibliothécaire à la Faculté de médecine, dans un mémoire sur les lipomes sus-claviculaires (*Gazette hebdomadaire* 1884, p. 56).

Qu'on nous permette encore, à cette occasion, un rapprochement qui ne manque pas d'intérêt. M. Baillarger a observé, avec M. Rayer, il y a longues années, un cas de crétinisme sporadique, rue de Londres, à Paris. Il s'agissait d'une fille de vingt-quatre ans, paraissant par la taille en avoir sept ou huit, qui présentait, de la manière la plus nette, les caractères spécifiques du crétinisme, et particulièrement l'exagération du développement en largeur des membres, du tronc, de la face, du nez. Son intelligence était à peu près nulle. Le père était originaire du canton de Neuchâtel, et, à défaut d'autre circonstance étiologique, on avait pu voir là la cause possible ou probable de l'infir-

mité. Mais, dans l'observation qu'il a bien voulu nous communiquer, M. Baillarger a signalé un fait auquel il n'avait pas attaché alors d'importance, et qui, aujourd'hui, en acquiert une considérable.

Cette fille portait, à la partie antérieure du cou, une cicatrice verticale due à ce que, lorsqu'elle avait six ans, on lui avait enlevé une tumeur, grosse comme un œuf, qui occupait cette région. N'est-il pas très vraisemblable qu'il s'agissait de l'ablation de la glande thyroïde hypertrophiée? Dès lors, en s'éclairant des cas qui viennent d'être rapportés, ne doit-on pas croire que cette ablation, pratiquée dans l'enfance, a joué un rôle important, sinon le principal, dans l'arrêt de développement intellectuel et physique du sujet? En un mot, M. Baillarger n'a-t-il pas observé, sans le soupçonner à cette époque, un véritable cas de crétinisme opératoire? Sans doute, il est impossible d'en donner, aujourd'hui, la démonstration rigoureuse, mais il est du moins permis d'avoir une sérieuse présomption à cet égard.

Tous ces faits, se confirmant et se complétant les uns les autres, tendent à donner une grande importance à l'étude de l'influence réciproque du corps thyroïde d'une part, du développement physique et intellectuel de l'autre. C'est un sujet trop intéressant pour qu'il ne provoque pas de nouveaux travaux.

Nous avons parlé, dans notre précédente chronique, d'une maladie nouvelle caractérisée par le spasme de certains groupes musculaires au début des mouvements volontaires. Nous disions que, connue depuis fort peu de temps seulement, cette affection avait déjà reçu un grand nombre de noms différents, au nombre desquels figurait le nom de maladie de Thomsen, emprunté à un médecin allemand dans la famille duquel elle est très fréquente, et qui l'a décrite, un des premiers, pour l'avoir observée sur lui-même et sur ses enfants. Il y a tout lieu de croire que ce sera cette

dénomination qui l'emportera sur les autres et qui servira définitivement à désigner la maladie dont nous parlons. En effet, un des deux auteurs français qui l'ont signalée les premiers, M. le Dr Marie, vient de publier sur elle un nouveau mémoire (*Revue de médecine*, décembre 1883) où il se rallie au nom de maladie de Thomsen en invoquant les motifs suivants : « Sous l'influence de « M. le professeur Westphal, on a décrit quelques cas de « cette affection sous le nom de maladie de Thomsen ; « dans l'ignorance où nous sommes de la nature même « de ces troubles moteurs, il nous semble que c'est là une « dénomination à laquelle, pour bien des motifs, le « Dr Thomsen a acquis des droits incontestables ; aussi nous « y rallions-nous d'autant plus volontiers, pour notre part, « que ce nom a l'avantage de ne rien préjuger, d'être plus « court et d'un emploi plus commode que la plupart de « ceux proposés jusqu'à présent. Nous adoptons donc définitivement le nom de maladie de Thomsen. » Le même nom est également adopté par le Dr Dreyfus-Brissac dans un article que vient de publier la *Gazette hebdomadaire* (n° du 11 janvier 1884).

Dans son nouveau mémoire M. Marie reproduit un certain nombre d'observations, publiées récemment en Allemagne ; il en rapporte, en outre, une dernière, originale, qu'il a eu l'occasion d'observer dans le service de M. le Dr Charcot. Cette observation est intéressante parce qu'elle présente à la fois, d'une part les troubles musculaires caractéristiques de l'affection à laquelle il la rattache, d'autre part des phénomènes convulsifs qui commencent par le côté droit pour s'étendre ensuite à la face et même au côté gauche ; ces derniers phénomènes semblent constituer une véritable épilepsie partielle, en sorte qu'il y a lieu de se demander s'il n'existe pas un certain lien entre la maladie de Thomsen et l'épilepsie.

Nous nous demandons aussi, mais sans avoir la compétence voulue pour résoudre cette question, si la connaissance nouvelle de la maladie de Taomsen ne serait pas de nature à jeter quelque jour sur l'affection de l'espèce chevaline connue sous le nom d'immobilité, qui, elle aussi, croyons-nous, est considérée, par les vétérinaires, comme ayant de l'affinité avec l'épilepsie.

Dans la Chronique du numéro de juillet 1883, p.10, nous avons dit quelques mots de certains médicaments hypnotiques, récemment préconisés en Italie et en Allemagne. L'un d'eux, la paralaldéhyde, vient d'être, de la part de M. Ch. Eloy, l'objet d'une étude assez complète dans l'*Union médicale* (1884, n° 8, 15 janvier); outre les mémoires de Cervello, Morseili et Bergotio déjà cités par nous, l'auteur signale les travaux de Berger, de Peretti, de Langrueter, de John Brown, de Masius. Le résultat général serait que « chez l'homme, la quantité de deux « à quatre grammes de paralaldéhyde provoque de ra-  
« pides effets hypnotiques débutant de cinq à trente mi-  
« nutes après son ingestion et persistant une heure et  
« demie à trois heures, quelquefois même plus long-  
« temps. Chez quelques individus rebelles à ces doses, la  
« paralaldéhyde doit être employée à des doses plus consi-  
« dérables. » Parmi les affections dans lesquelles on s'est bien trouvé de son usage, on signale les névroses, les psychopathies, l'excitation des épileptiques et celle de la paralysie générale. Disons encore que M. le Dr Dujardin-Baumetz a obtenu des résultats également favorables, d'après les communications faites par lui à la Société de thérapeutique de Paris dans ses séances des 9 et 23 janvier et du 13 février 1884.

Il y a, dans cet ensemble de travaux, un très sérieux encouragement à mettre le médicament à l'épreuve.

---

A. F.

---

# Pathologie

---

DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE

LE

## DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr J. CHRISTIAN

Médecin de la Maison nationale de Charenton.

(Suite.)

---

De ces deux observations je rapprocherai la suivante; bien qu'elle en diffère sous quelques rapports. Il s'agit également d'un tremblement musculaire qui pourrait faire croire à une paralysie générale, si l'ancienneté de la maladie, la marche qu'elle suit depuis plusieurs années, ne forçaient d'écarter cette hypothèse.

Obs. V. — X..., âgé de trente-six ans, célibataire, est un cultivateur aisé des environs de Paris. Il a reçu une certaine instruction, et paraît s'être occupé beaucoup des problèmes politiques et sociaux qui passionnent tant de gens à notre époque. J'ai lieu de croire chez ce malade à une prédisposition héréditaire, mais je n'ai pu obtenir aucun renseignement précis et il n'existe aucune malformation physique.

X... entre pour la troisième fois à la fin d'octobre 1883; un premier séjour de six semaines a eu lieu au commencement de 1882; un second, de novembre 1882 à mars 1883.

Antérieurement X... avait déjà été traité à la maison de Clermont.

Chaque fois l'accès maniaque a débuté avec les mêmes caractères : le malade quitte son travail, court les cabarets, pécore, régent et critique tout le monde ; il se vante de ses talents, veut régénérer le monde, redresser les abus ; il fait des vers, écrit aux ministres, au Président de la République. Très agressif, il provoque et insulte ceux qu'il rencontre, et surtout les autorités de son village : il se figure en effet, et sa famille partage cette opinion, que le maire lui en veut, qu'il excite la commune contre lui. Aussi devient-il rapidement un véritable objet de terreur, et il faut se hâter de le faire séquestrer.

Aussi longtemps que dure la période d'excitation, X... est un malade absolument indisciplinable. Voici un échantillon de son style :

« Dieu,

« Mot sublime. Espérance du lésé. Foi du chrétien honnête. De tous religion. Mœurs honnêtes. Terreur des lâches. Car tu es l'inconnu.

« Amour des braves. Car l'inconnu c'est le juste. Et les braves sont toujours justes, même contre les apparences, etc., etc. »

Il y en a des volumes.

L'écriture est ferme, les lettres sont bien formées ; ce n'est pas ainsi que pense et qu'écrit le paralytique. Et cependant, dès qu'on parle à ce malade, on remarque que, s'il s'exprime d'abord avec lenteur et mesure, il ne tarde pas à s'exciter : la parole devient saccadée et tremblante ; les muscles de la face et des lèvres sont animés d'un frémissement convulsif, plus marqué même que celui que l'on observe chez de vrais paralytiques.

Malgré ce phénomène, l'idée ne m'est jamais venue que X... pût être un paralytique. Depuis que je le connais,

son intelligence n'a pas baissé. Les accès maniaques se succèdent et se ressemblent. C'est, je pense, un aliéné héréditaire, qui, comme les précédents, pourra vivre fort longtemps sans que sa santé physique subisse aucune atteinte.

M'objectera-t-on que ce malade est menacé de paralysie générale et que, si, jusqu'à ce jour, il est sorti indemne de ses accès de manie, il n'en sera pas toujours ainsi? Je répondrai que je ne voudrais nullement répondre de l'avenir, mais qu'actuellement rien n'autorise ce fâcheux pronostic, car, je le répète, l'intelligence n'a subi aucune diminution.

Ce qui me paraît démontré, c'est que chez beaucoup d'aliénés il existe un spasme émotif des muscles de la face, pouvant en imposer pour le tremblement fibrillaire des paralytiques. Depuis que mon attention est éveillée sur ce point, j'en ai rencontré de nombreux exemples. Tel encore ce persécuté, que j'ai dans mon service depuis deux ans, et qui auparavant avait séjourné à Sainte-Anne. C'est un homme dans la force de l'âge, très grand et très vigoureux, sujet aux hallucinations nocturnes les plus singulières. Il ne peut me parler de ses persécuteurs, sans qu'aussitôt tous les muscles de la face se convulsent et fassent trembler sa voix.

## II

Dans les observations que je viens de rapporter, il existe toujours un ou plusieurs symptômes *actuels* (tremblement musculaire, embarras de la parole, etc.), qui, mal interprétés, ont pu en imposer pour le diagnostic.

J'arrive à une autre catégorie de faits. Il s'agit de malades, — aliénés depuis plus ou moins longtemps, — qui, à un moment donné, ont été considérés comme atteints de paralysie générale, et qui actuellement ne le sont plus et ne



peuvent plus l'être. Ils ont eu, si je puis dire, leur phase de paralysie, disparue sans laisser de traces.

Je serais certainement dans l'exagération, si je disais que tous les aliénés chroniques de mon service ont passé par là. Mais, si je voulais établir une statistique complète, on serait étonné, autant que je l'ai été moi-même, du grand nombre de fois où j'ai noté cette particularité. Je ne pourrai citer qu'un certain nombre d'exemples, choisis parmi les plus caractéristiques. Aussi bien ces faits ne sont pas nouveaux : Archambault, Marcé, Lapointe, Lagardelle, Westphal, et bien d'autres, en ont signalé de semblables. Mais nul n'y a attaché une importance plus grande que M. Bailarger, qu'il faut toujours citer, quand il s'agit d'une question se rapportant à la paralysie générale. Si j'ai entrepris ce travail, dont les difficultés m'apparaissent plus grandes à mesure qu'il avance, ce n'a été que pour répondre au désir que m'a souvent exprimé notre vénéré maître.

Ces aliénés auxquels je fais allusion ne présentent aucune forme de folie particulière : les uns sont déments, les autres sont atteints de manie chronique, ou de délire des persécutions. Je vais rapporter quelques exemples de chacune de ces catégories.

#### 4° *Démence.*

Obs. VI. — D..., capitaine d'infanterie, né en 1823, est placé le 9 juillet 1870 à l'asile d'Yzeure, où il reste jusqu'au mois de septembre 1872. À cette époque il est transféré à Charenton, où il arrive avec le certificat suivant de Lagardelle :

« Paralysie générale à *marche lente*, qui nécessite son admission dans une maison de santé spéciale. »

Le certificat de vingt-quatre heures (15 septembre 1872) porte : « Démence avec idées de grandeur. Ce malade est excité et trouble le repos du dortoir où il a été placé. »

Le certificat de quinzaine est encore plus explicite : « Démence paralytique avec embarras de la parole. L'oblitération des facultés intellectuelles est considérable. »

Depuis que j'observe ce malade (1879), D... présente les signes d'une démence complète, absolue. A tout ce qu'on lui demande, il répond en souriant : « A Lyon, régiment ; régiment à Lyon ! » — Je ne lui ai jamais entendu proférer une autre parole. Il a de fréquentes attaques d'épilepsie, — en moyenne trois par mois — suivies quelquefois d'un peu d'excitation maniaque. A part cela la santé physique est parfaite. De signes de paralysie je n'en ai jamais constaté aucun. Les pupilles sont égales.

J'ai rencontré peu d'observations aussi caractéristiques que celle-là. Voilà un homme qui, vers l'âge de quarante-sept ans, devient aliéné, et présente tous les signes de la paralysie générale. Tout d'un coup la maladie est enrayée, et il ne reste qu'un dément avec attaques d'épilepsie : depuis plus de quatorze ans cet état se prolonge sans modification sensible.

Obs. VII. — Semblable à la précédente. Un négociant grec, âgé de quarante-cinq ans, entré en août 1878, après un séjour prolongé dans une maison de santé. Ce malade, que le certificat d'entrée qualifiait ainsi : « Paralysie générale ; affaiblissement de toutes les facultés intellectuelles ; démence « marquée », — n'était, quand je l'ai connu, qu'un dément, sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie. Ces attaques revenaient par série tous les mois. Il succomba en juillet 1880 à la suite d'accès répétés ; l'autopsie ne put être faite. Jamais je n'ai observé chez lui aucun symptôme de paralysie générale.

Cette forme de démence, avec attaques épileptiformes, n'est pas rare. J'en ai eu et j'en ai encore quelques cas dans mon service, et je me souviens d'en avoir observé du temps de mon internat à Stephansfeld. A cette époque

déjà, M. Dagonet les séparait nettement d'avec la paralysie générale : on n'a qu'à se rapporter à une thèse inspirée par lui à un de ses élèves (Cailliot, *Obs. de méningo-périencéphalite chronique et primitive*, thèse de Strasbourg, 1864).

Toujours est-il que ces démences avec attaques épileptiformes se distinguent nettement des autres formes de démence, qui, elles aussi, ont pu être méconnues au début.

Obs. VIII. — R..., horloger, admis pour la première fois à Charenton en 1860 à l'âge de trente-quatre ans. D'après les renseignements recueillis à cette époque, la folie aurait éclaté sept ans auparavant, pendant la convalescence d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic porté par M. Calmeil dans son certificat de quinzaine est : « Démence et paralysie générale. » R... était alternativement calme et excité ; il avait des idées de suicide, mais ce qui dominait, c'était l'affaiblissement intellectuel.

Le malade, amélioré, fut retiré par sa famille une première fois, en février 1864 ; dès le mois de décembre 1862, il fallut le réintégrer. Un nouvel essai de sortie (25 janvier 1863) ne réussit pas mieux, et, depuis le mois d'avril 1864, R... n'a plus quitté la maison de Charenton.

Il est à remarquer que, dans tous les certificats postérieurs à sa dernière réintégration, R... n'est plus signalé que comme dément.

C'est ce qu'il est actuellement : un dément criard, mal-propre, indifférent à tout, jouissant d'une excellente santé physique. L'œil droit est légèrement strabique en dehors ; la pupille droite est plus dilatée que la gauche.

Obs. IX. — B..., né en 1829, entré en février 1867, avec un certificat médical portant que, depuis plusieurs années, il était atteint d'un ramollissement cérébral qui l'avait réduit à un état complet d'idiotisme.

Dans son certificat de quinzaine, M. Calmeil met :  
« Démence et paralysie générale. »

Aujourd'hui le malade mène une vie végétative, malpropre, déchireur, incapable de prendre aucun soin de sa personne ; mais sa santé est excellente et il est impossible de constater aucun signe de paralysie. Pas d'inégalité pupillaire.

Obs. X. — S..., officier d'administration, est placé, à l'âge de quarante-six ans, au mois de novembre 1874, par l'autorité militaire. Le médecin qui l'avait soigné le déclare atteint de *folie circulaire*, de délire ambitieux et alcoolique. Pour M. Calmeil, c'est une paralysie générale.

Pendant longtemps, S... fut agité, avec idées ambitieuses ; il se calma progressivement et tomba dans la démence. C'est actuellement un malade tranquille, inoffensif ; il passe ses journées dans un coin, la tête penchée sur la poitrine, marmottant quelques paroles incohérentes et incapable de la moindre initiative. Pupilles égales.

Obs. XI. — X... est un statuaire de grand mérite, dont les œuvres figurent avec distinction dans nos musées. Il est entré à Charenton au mois de janvier 1878, venant de la maison desanté d'Ivry, où il avait séjourné quelque temps : il avait alors quarante ans.

M. Luys déclarait à cette époque « X... atteint de « paralysie générale progressive, dont les phénomènes « aigus sont notablement atténués. »

Il n'y a donc aucun doute que X... n'ait présenté à cette période de sa maladie tous les symptômes de la paralysie générale. Cependant, depuis 1879, je ne puis voir en lui qu'un dément malpropre, criard, déchireur, passant ses journées accroupi dans un coin, en répétant indéfiniment le mot ou la phrase qui lui vient à l'idée ou qui lui est suggérée par son voisin. Il a la pupille droite plus dilatée que la gauche.

Il vient de succomber (30 décembre 1883) à une série

d'attaques épileptiformes survenues pendant la nuit; malheureusement je n'ai pu faire l'autopsie.

Dans le travail que M. Baillarger vient de faire paraître dans les *Annales médico-psychologiques*, le chap. vi est intitulé : « Terminaison de la paralysie générale par la démence simple sans paralysie. »

Notre savant maître y parle des cas, si nombreux, dans lesquels un malade entre dans un asile en proie à l'excitation maniaque avec délire ambitieux diffus et incohérent, embarras de la parole et inégalité des pupilles, et où, sans hésitation, on porte le diagnostic de paralysie générale. Cependant, après 3 ou 4 mois, l'agitation se calme, l'embarras de la parole disparaît, et le malade tombe dans la démence; il peut vivre ainsi 10, 15, 20 ans (p. 74).

Or, la démence étant un des éléments constitutifs de la paralysie générale, on pourrait supposer que, les autres symptômes étant venus à disparaître, la démence seule persiste, et qu'il ne s'agisse ici que d'un des modes de terminaison de la paralysie générale. Mais cette opinion me semble difficile à soutenir, et M. Baillarger ne l'admettrait pas. La démence du paralytique a des caractères propres, qu'on ne retrouve pas chez mes déments. Quand, en effet, chez un paralytique, le délire a disparu et qu'il ne reste que la démence, celle-ci s'accompagne de troubles musculaires (embarras de la parole, ataxie des mouvements) qu'on ne retrouve à aucun degré dans mes observations. Elle ne va pas non plus sans une déchéance physique progressive qui n'existait pas davantage chez mes malades.

## 2<sup>o</sup> *Délire de persécution.*

Obs. XII. — M..., marchand de nouveautés, né en 1833, entré en avril 1873, venant de la maison de santé de M. Brierre de Boismont. Dans un certificat en date du 23 juillet 1872, un de nos maîtres les plus éminents avait con-

staté l'existence d'une démente avec agitation maniaque et paralysie générale.

Les symptômes de paralysie devaient exister au moment de l'entrée à Charenton, car les certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine ne parlent que de démente paralytique avec agitation et délire des grandeurs. Cependant, en 1879, M... n'était plus qu'un persécuté chronique, à délire systématisé, sans embarras de la parole ni aucun des autres signes de la paralysie générale : « Il est la victime de Bismarck, qui l'a fait enfermer par raison d'État ; il a joué un rôle important à la tête de la garde nationale en 1870 ; on a licencié sa compagnie pour se débarrasser de lui et pour obéir à Bismarck, etc. » Il reçoit très mal sa mère, qu'il prétend n'être pas sa vraie mère, il ne peut pas révéler son véritable nom, que nous connaissons bien, etc. Généralement calme, il considère son entourage avec un profond mépris, mais, pour peu qu'on le mette sur le terrain de son délire, il s'emporte et devient violent. La santé physique est excellente.

Oss. XIII. -- P... médecin militaire, admis pour la deuxième fois en 1866, à l'âge de trente-six ans. Le certificat de vingt-quatre heures signale un commencement de paralysie générale avec paroxysmes d'exaltation.

Dans les notes mensuelles, je vois notés : « des idées incohérentes, des actions déraisonnables, la perte de la mémoire, l'embarras de la prononciation, quelques idées dépressives, etc. »

La plupart de ces symptômes ont disparu depuis longtemps. J'ai toujours connu P... très calme ; il se souvient très bien de son passé, il sait depuis quand il est à Charenton, et si on l'y a placé, c'est parce qu'il est « rempli d'électricité ! Il est la victime d'agents électriques depuis qu'il a eu l'imprudence d'entrer dans un cabinet de physique ; car aussitôt on a déchargé sur lui tout le fluide dont les appareils étaient chargés. Depuis cette époque il est

« resté *électrisé* et il éprouve dans toutes les parties du  
« corps les sensations les plus variées et les plus inso-  
« lites. » On voit que P... rentre actuellement dans la ca-  
tégorie des persécutés avec hallucinations et illusions de la  
sensibilité générale.

### 3° *Manie chronique.*

OBS. XIV. — S..., né en 1826, officier d'infanterie, entré en avril 1867, après un séjour à l'asile d'Armentières. Le certificat de vingt-quatre heures le déclare « affecté de manie avec paroxysmes de fureur. » Le certificat de quinzaine porte qu'il n'a cessé de présenter des signes de manie ambitieuse compliquée de paralysie générale.

Aujourd'hui, c'est un maniaque chronique, incohérent, facilement excitable, qui passe son temps à composer des vers et des morceaux de littérature qu'il me fait admirer. Aucun signe quelconque de paralysie générale.

OBS. XV. — Ancien officier d'administration, V... est entré à Charenton en 1874, à l'âge de trente-neuf ans. Lui aussi a été classé comme paralytique au début. Ce n'est qu'un maniaque chronique, excitable, incohérent, indisciplinable. Porteur d'une hernie inguinale énorme, il présente souvent des troubles du côté des fonctions digestives. Dans le courant de 1883, il succombe à une phthisie galopante : poumons farcis de tubercules, — péritonite tuberculeuse ; — rien du côté du cerveau et des méninges.

La conclusion qui s'impose évidemment est celle de M. Baillarger : « dans tous ces cas il y a eu erreur de diagnostic. » Car, comme il le fait remarquer, on ne saurait admettre cette étrange transformation d'une paralysie générale en une folie chronique simple sans paralysie.

Mais, s'il y a eu erreur de diagnostic, faut-il la mettre sur le compte de fautes d'inattention, d'interprétation erronée de symptômes mal observés ? Je ne saurais le croire. L'erreur a été commise, parce que les signes de la paralysie

générale existaient réellement, et si bien, que les observateurs les plus expérimentés s'y sont trompés.

De ce qui précède, il ressort donc ce premier fait, qui me paraît indéniable : *que des aliénés peuvent présenter pendant un temps variable tous les symptômes de la paralysie générale, sans être réellement des paralytiques généraux.*

Mais cette proposition doit être suivie d'un corollaire. Ce que je viens de dire des différentes variétés de folie s'applique également aux affections cérébrales les plus diverses de nature et d'origine.

Dès 1858, Aubanel publiait dans les *Ann. méd. psychol.* une observation de cancer du cervelet, reconnu seulement à l'autopsie, et pris pendant la vie pour une paralysie générale.

D'autres observateurs (Combes, Renault du Moley) ont vu des malades qui avaient présenté tous les symptômes d'une périencéphalite, dont ils ne trouvèrent cependant aucune trace après la mort.

L'encéphalopathie syphilitique (Fournier, Foville), l'encéphalopathie saturnine (Régis), les traumatismes du crâne, ont souvent donné lieu aux mêmes méprises.

M. Baillarger a rapporté un certain nombre de ces observations (*loc. cit.*, p. 28); j'aurais pu en ajouter d'autres, si je ne craignais de trop étendre les limites de mon travail.

Comme le dit notre savant maître, « tous ces faits tendent à prouver que les lésions de la périencéphalite chronique peuvent manquer chez des malades qui ont offert, pendant un temps plus ou moins long, les symptômes physiques et somatiques de la folie paralytique. »

Et l'on peut donner à la proposition que j'énonçais plus haut, une formule plus générale encore, en disant *qu'il n'est aucune affection cérébrale qui, à un moment donné, ne puisse se traduire par le syndrome de la paralysie générale.*

(A suivre.)

---



---

## DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

---

*A. M. le Dr J. Christian, médecin de la Maison nationale  
de Charenton.*

TRÈS HONORÉ ET CHER CONFRÈRE,

Dans l'intéressante étude que vous poursuivez, dans les *Annales*, sur le diagnostic de la paralysie générale progressive, vous insistez très justement sur la difficulté qu'il peut y avoir à distinguer cette affection à son début et dans sa forme expansive, d'une folie à double forme à la période d'excitation.

Vous voulez bien citer, à ce propos, l'article que j'ai consacré, dans l'*Encéphale*, à ce point spécial de diagnostic et rappeler le signe qui m'a paru le plus propre à le résoudre. Toutefois, vous faites franchement des réserves à l'égard de l'élément de distinction indiqué par moi, et vous contestez surtout, d'après votre expérience personnelle, que les paralytiques généraux répondent, moralement, au tableau que j'en ai tracé par opposition à celui des fous circulaires.

Déjà quelques auteurs, entre autres notre excellent confrère, M. Camuset, s'étaient refusés à admettre cette disposition habituelle à la bienveillance que j'attribue aux paralytiques généraux expansifs, et, par suite, à voir dans cette disposition malade quelque chose de spécial, différenciant ces malades de ceux atteints de folie à double

forme. Pour M. Camuset, comme pour vous, le paralytique général est aussi égoïste, aussi méchant que la plupart des aliénés. M. Ritti lui-même, dans son excellente monographie sur la folie à double forme, n'accorde à mon élément de diagnostic basé sur la différence des sujets au point de vue du caractère, qu'une importance relative.

Je dois donc reconnaître que plusieurs des auteurs qui se sont occupés de la question, et non les moins éminents, ne partagent pas ma manière de voir. Cependant, malgré l'autorité qui s'attache à leur opinion et l'instant d'hésitation qu'ils ont pu provoquer en moi, je n'en persiste pas moins, après réflexion, à maintenir sinon dans la forme, au moins dans le fond, la proposition que j'ai formulée. Je vous demande, mon cher confrère, la permission de vous en exposer brièvement les raisons, et je ne désespère pas, je l'avoue, d'arriver à vous convaincre, ce qui serait pour moi la plus honorable et la plus précieuse des satisfactions.

Précisons d'abord la question. Un individu se présente avec un ensemble de symptômes tels qu'on hésite entre une folie à double forme à la période d'excitation et une paralysie générale au début à forme expansive. Sur quels signes baser le diagnostic? — Tel est, en termes formels, le problème clinique à résoudre.

Je ne m'arrêterai pas à développer les caractères différentiels qui ont été indiqués par quelques auteurs et dont j'ai discuté la valeur pratique dans le travail auquel vous faites allusion. Il me suffira de rappeler que, de l'aveu général, aucun d'eux n'est susceptible de lever véritablement tous les doutes. Quant à l'opinion qui vous est personnelle, elle se résume dans la phrase suivante de votre étude que je cite textuellement :

« Sans entrer ici dans une discussion que ne comporte pas le cadre de cet article, je croirai plus volontiers que c'est surtout dans l'évolution de la maladie qu'apparaîtra la

différence; et lorsque pendant une série d'années, se seront succédé une série d'accès maniaques tels que ceux que M. Régis a observés chez P... (que j'ai actuellement dans mon service), sans que la santé générale ait subi aucune atteinte et sans que l'intelligence ait sensiblement baissé, je crois qu'il ne sera plus permis de conserver aucun doute sur la nature de l'affection. »

D'accord, mon cher confrère, mais en remettant à une série d'années le diagnostic, ne trouvez-vous pas que votre consultation devient peut-être, un peu bien longue, et que vous paraîsez, en gagnant du temps, éluder la difficulté présente? Vous avez à vous prononcer nettement sur le compte d'un malade soumis à votre examen et à déclarer si, à votre avis, ce malade est paralytique général ou fou circulaire. Il me semble bien difficile que vous puissiez reporter à une série d'années, voire même à une seule, la réponse qu'on vous demande. Il y aurait presque prescription.

Pour ma part, je persiste à croire que le signe que j'ai indiqué peut faciliter, en pareille occasion, la tâche du médecin et l'aider à résoudre rapidement la difficulté. Ce signe, je le rappelle, est basé sur la différence que présentent, au point de vue du caractère, le paralytique général et le fou circulaire.

Obligé de faire ressortir nettement cette différence dans mon article, j'ai dû nécessairement faire un tableau par contraste de chacune des deux catégories de malades, et il est possible qu'en agissant de la sorte, j'aie accusé les traits et accentué la dissemblance comme on le fait toujours lorsqu'on a recours à ce procédé de description. Mais quant à la différence elle-même, je me défends absolument de l'avoir créée; elle était admise, au moins implicitement, et mon rôle s'est borné uniquement à la mettre en lumière.

Est-ce qu'il n'était pas reconnu par tous que les fous à double forme, dans leur période d'excitation, sont essen-

tiellement méchants, caustiques, railleurs, mal intentionnés dangereux, en un mot les *pires des aliénés*, comme l'a dit M. J. Falret?

N'était-il pas reconnu de même que les paralytiques généraux, dans leur période initiale d'excitation, sont prodigues, bienveillants, pleins d'effusion, d'élan de tendresse et de générosité? Et n'est-ce pas précisément cette disposition malade à la satisfaction, à l'affectivité, à la fraternisation bruyante, qui a fait donner à cette période d'excitation le nom d'*expansive* qu'elle porte communément.

Ainsi, d'un côté, des aliénés méchants, dangereux; de l'autre, des bienveillants, des expansifs. Voilà ce qu'on savait. Je me suis borné, comme vous voyez, à rapprocher les traits et à faire ressortir la dissemblance.

Eclairé par plusieurs faits successifs qui m'étaient passés sous les yeux, j'ai dit : Les paralytiques généraux expansifs et les fous circulaires excités sont en effet semblables sur bien des points et faciles à confondre, mais étudiez-les sur le terrain du caractère, et vous verrez comme ils diffèrent.

Voici, par exemple, un malade. Qu'est-il : paralytique général ou fou circulaire? — L'hésitation est grande à son endroit. Je m'approche de lui, et le voilà qui dès le début de notre conversation, souvent même avant que je lui aie parlé, vient à moi l'air rayonnant, satisfait, me prend la main, m'offre à déjeuner, m'embrasse même, quelquefois. Eh bien! cher confrère, cela suffit, je vous assure. Ce malade n'est pas un fou à double forme, c'est un paralytique général.

Mais voici un autre malade, d'apparences analogues. Je m'approche aussi de lui, et aussitôt il trouve un mot piquant, une saillie, pour me confondre où me blesser; au lieu de me tendre la main, il me tourne le dos; au lieu de m'offrir quelque présent, il m'invective, m'injurie, me menace et cela avec une lucidité et une finesse d'esprit parfois

incroyables. Cela suffit encore, n'en doutez pas. Ce malade n'est pas un paralytique général, c'est un fou à double forme.

Voilà, cher confrère, ce que j'ai dit, ou tout au moins ce que j'ai voulu dire, et je doute que vous trouviez dans l'un ou l'autre de ces courts tableaux quelque trait contraire à la vérité, ou seulement exagéré. Ne vous arrive-t-il pas journallement, dans vos salles, de recevoir des paralytiques expansifs force tendresses et force présents, *shake-hands*, accolades, cigares exquis, invitations, bijoux, titres, couronnes, millions et milliards, et ne vous êtes-vous jamais dit, comme la plupart de vos confrères, que si vous possédiez seulement la centième partie de ce que vous récoltez ainsi chaque jour de la bouche des paralytiques, vous en auriez fini pour jamais avec le terrible *fight for life*? Quant à ce que vous avez reçu de la bouche et de la *main* des fous à double forme excités, car avec eux on reçoit de l'une et de l'autre, si vous capitalisiez tout cela, vous n'y trouveriez guère, j'en ai la certitude, qu'ample matière à duels ou à procès.

Sérieusement, ne trouvez-vous pas qu'il y a dans cette différence de manière d'être, chez nos malades, un moyen simple, rapide et commode d'établir un diagnostic des plus délicats, puisque, vous le reconnaissez vous-même, « il donne lieu aux méprises les plus fréquentes et les plus remarquables »? Maintenant, si vous m'objectez que l'expansion, la générosité, la philanthropie ne sont qu'apparentes et tout de surface chez les paralytiques, je n'y contredis pas; mais il suffit qu'il y ait chez eux des manifestations extérieures tranchant par leur nature avec celles que l'on observe chez les fous circulaires, pour que ce signe acquière, dans l'espèce, une grande valeur. Philinte aussi, qui se jette au cou des gens et leur fait mille protestations, n'est expansif, généreux et philanthrope qu'à la surface, et cependant il est Philinte, c'est-à-dire l'opposé d'Alceste. Donc, si une

telle comparaison est possible, les paralytiques généraux expansifs sont des Philintes, et les circulaires excités des Alcestes, et pire encore, certainement, ou, si vous aimez mieux une formule moins littéraire, on pourrait dire : en dehors des signes qui ont été indiqués pour différencier les paralytiques généraux expansifs des fous à double forme excités, on peut aussi baser la distinction sur ce fait que les premiers sont, au moins extérieurement et en apparence, généreux et bienveillants, tandis que les seconds sont foncièrement méchants et malintentionnés.

Présentée en ces termes modestes, ma proposition ne peut guère, je crois, soulever d'opposition, et je suis convaincu qu'appliquée à la pratique, elle peut rendre de réels services dans la solution du problème qui nous occupe.

Au reste, si mon opinion a rencontré des contradicteurs dont je reconnais, je le répète, toute l'autorité, elle a aussi trouvé quelques adhérents. Voici comment s'exprime à cet égard notre savant confrère, le Dr Cuyllits, ancien président de la Société de médecine mentale de Belgique, dans l'analyse, trop élogieuse d'ailleurs, qu'il a bien voulu faire de mon article (1).

«... Cependant, la difficulté de différenciation est réelle. Nous avouons que plus d'une fois de distingués confrères se trouvaient, en présence de ces malades, dans un désaccord que nous avons pu constater. Il faut donc savoir gré à M. le Dr Régis d'apporter dans cette question *un élément de diagnostic qui nous paraît avoir la plus grande valeur.*

..... A ce point de vue, M. le Dr Régis fait de ces aliénés un tableau par contraste qui frappe par sa netteté et l'exactitude des caractères.

..... Cette étude s'appuie sur des observations concluantes. Nous ajouterons que nous avons pu observer *un aliéné*

---

(1) *Bulletin de la Société de médecine mentale de Belgique* (année 1882, 4<sup>er</sup> fascicule).

*considéré plusieurs fois comme fou et paralytique. Véritablement il ne se caractérisait que par cette perversion des sentiments, si bien décrite par M. Régis. Ce malade bénéficia en ce moment, et en toute liberté, d'une de ces périodes de rémission de la folie à double forme qui chez lui, depuis ces dernières années, s'est nettement accusée. »*

Vous le voyez, mon cher confrère, sur le terrain de la pratique, M. le Dr Cuyllits n'a eu aucune peine à vérifier l'exactitude et l'utilité de mon élément de diagnostic. Je suis convaincu qu'il en sera de même de beaucoup d'autres cliniciens et que vous finirez vous-même par admettre le principe de ma proposition, maintenant surtout que je l'ai dépouillée de ce qu'elle peut avoir, à vos yeux, de trop absolu.

Votre dévoué confrère

Dr E. Régis.

Castel d'Andorte, 8 février 1884.

---

---

---

# DES VERTIGES CHEZ LES ALIENÉS

Par le Dr J. MILLET,  
Médecin adjoint à l'asile de Prémontré.

---

RÉSUMÉ DU MÉMOIRE QUI A OBTENU LE PRIX ESQUIROL EN 1883

(*Suite et fin.*)

---

## IV. — DES VERTIGES CHEZ LES ÉPILEPTIQUES.

Obs. XI. — H... Georges, quarante-cinq ans, chiffonnier, n'a jamais pu apprendre à lire ni à écrire. Vers l'âge de trente-cinq ans, à la suite de nombreux excès de boissons, il fut séquestré une première fois à Bicêtre pour six semaines. A sa sortie il ne but plus d'eau-de-vie, parce que le médecin le lui avait défendu, mais il absorbait chaque jour quatre ou cinq litres de vin, et était ivre tous les soirs. En avril 1884, il est arrêté poursuivant dans la rue les passants avec un couteau. Pendant les huit mois suivants il est assez calme pour travailler régulièrement au champ ; mais il est sujet à éprouver des vertiges tous les huit ou quinze jours : il s'affaisse brusquement au lieu où il se trouve, perd connaissance, sans avoir aucun mouvement convulsif, et en revenant à lui au bout de cinq minutes, il est tout égaré, cherche de différents côtés avec ses mains, marche à l'aventure, interpelle des personnes imaginaires ; dès qu'il est



complètement remis, il reprend son travail sans avoir conscience de ce qui lui est arrivé, mais quelquefois après son vertige, il raconte qu'il vient de voir ses enfants, ou que sa femme vient de lui reprocher son inaction, etc. Son état ne s'est d'ailleurs pas modifié depuis sa séquestration.

Obs. XII. — M... (Pierre), trente-sept ans, journalier, a eu des convulsions pendant les quatre premières années de sa vie. Depuis l'âge de vingt ans, il a éprouvé de violentes céphalalgies revenant tous les deux ou trois mois et durant trois jours, pendant lesquels il était somnolent, inconscient et ne songeait même pas à manger. A partir de l'âge de vingt-cinq ans, à la suite d'une céphalalgie plus ou moins longue, il s'affaissait tout à coup, perdait connaissance, sans avoir de mouvements convulsifs, et en revenant à lui au bout de quatre ou cinq minutes, il marchait à l'aventure, quelquefois pendant un ou deux jours, sans boire ni manger; lorsqu'il rentrait chez lui, il ne se souvenait pas de ce qui lui était arrivé. Il a été séquestré à trois reprises pour deux ou trois années chaque fois; pendant ce temps, il éprouve des attaques aussi fréquentes, mais moins longues et moins fortes que lorsqu'il est en liberté; la céphalalgie, le vertige et l'hébétude consécutive ne durent en tout que deux ou trois heures, après quoi il est docile, calme et laborieux comme auparavant.

Obs. XIII. — G..., quarante ans, papetier, a un frère et une sœur épileptiques. Peu de temps après avoir terminé son service militaire, il est devenu sujet à des vertiges qui se ressemblent tous : il éprouve d'abord de la céphalalgie, de l'angoisse précordiale, puis il voit son frère devant ses yeux, il entend sa voix, converse quelquefois assez longtemps à voix basse avec lui, puis il s'affaisse, tombe à l'endroit où il se trouve, ou bien a le temps de s'asseoir; il n'a jamais de convulsions et revient à lui au bout d'une dizaine de minutes, éprouvant de la céphalalgie, une soif vive et quelquefois des fourmillements dans les membres; il est

d'ailleurs insensible à toute excitation pendant ses attaques et demeure hébété le reste de la journée. Il est calme et s'occupe en dehors de ses accès. Ceux-ci reviennent assez irrégulièrement, à peu près une fois par mois, : ainsi, en quatre mois, il a eu des vertiges le 3 septembre, les 3, 7 et 26 octobre, et le 13 décembre 1884.

Parmi les malades que nous avons observés, huit autres épileptiques avaient des vertiges.

Les épileptiques sont assurément de tous les aliénés ceux qui sont le plus sujets à éprouver des vertiges, ceux chez qui ce symptôme est le mieux caractérisé, le mieux établi, et se présente avec le plus de variétés.

Chez eux, plus encore que chez les paralytiques ou les alcooliques, on observe tous les degrés entre le simple vertige instantané, ne laissant pas au patient le temps de tomber, et les grandes attaques convulsives suivies de coma. La limite entre le vertige et l'attaque épileptique est plutôt fictive, conventionnelle, que réelle et nettement indiquée dans tous les cas : on considère généralement comme vertiges les attaques incomplètes ne s'accompagnant d'aucune convulsion, ou seulement de quelques grimaces de la face, de grincements de dents, ou de mouvements légers limités à un groupe de muscles très restreint, et non suivies de coma ni de sommeil. Chez quelques individus l'épilepsie ne se manifeste jamais par des accidents plus violents; plus ordinairement les vertiges alternent chez le même malade avec de grandes attaques.

Certaines influences peuvent modifier la forme et la fréquence des vertiges. Les excès alcooliques en augmentent invariablement le nombre et la gravité : quelques sujets débiles, dégénérés, n'ont presque jamais de vertiges ni d'attaques que lorsqu'ils ont commis des excès de boisson. Et cependant la facilité surprenante avec laquelle les vertiges et les attaques épileptiques sont provoqués chez eux par de

faibles quantités d'alcool, leur retour à intervalles éloignés en dehors de tout excès de boisson, et l'absence manifeste des symptômes de l'alcoolisme ne permettent pas de considérer ces accidents comme la conséquence de l'alcoolisme seul; mais on doit envisager ces individus comme doués d'une fâcheuse prédisposition à l'épilepsie, dont les manifestations peuvent être provoquées par la moindre cause occasionnelle (obs. XI et XII).

Les bromures alcalins, qui rendent de si grands services dans l'épilepsie, paraissent avoir une action plus efficace sur les attaques convulsives que sur les vertiges, et, sous leur influence, les premières peuvent disparaître à peu près complètement, tandis que les seconds persistent presque aussi graves et aussi fréquents.

Les vertiges épileptiques peuvent n'être précédés d'aucun symptôme avant-coureur capable de les faire prévoir, et ne laisser après eux aucune trace du malaise qu'ils viennent d'occasionner. Mais souvent aussi ils sont accompagnés de troubles intellectuels de nature variable; quelquefois c'est une hallucination très nette, toujours la même pour le même malade, qui se reproduit avant chaque vertige et en annonce l'arrivée prochaine. L'un voit sa femme, entend sa voix et croit avoir avec elle des rapports sexuels; un autre voit son frère, répond à son appel et s'entretient avec lui un instant (obs. XIII). Souvent le vertige se continue par un état d'hébétude, d'inconscience, d'une durée très variable de quelques minutes à plusieurs jours (obs. XII). Pendant ce temps, le malade commet des actions bizarres et excentriques, prononce des paroles ou déclame des discours incohérents, marche à l'aventure, et parfois se livre à des actes dangereux pour lui-même ou pour la société. Puis, revenu à lui, il ne conserve aucun souvenir de son vertige, ni de tout ce qu'il a fait ou de ce qui lui est arrivé pendant qu'il était sous son influence.

Le vertige épileptique est, en effet, celui qui s'accompa-

gne le plus souvent d'inconscience et d'amnésie. Lorsqu'une hallucination précède et annonce son arrivée, le malade conserve le souvenir de cette hallucination et la raconte lorsque l'accident est dissipé; mais une fois le vertige survenu, le patient perd complètement la notion des objets extérieurs et de ses propres sensations, et n'a aucune conscience de ce qui se passe pendant sa durée : revenu à lui, il n'en conserve pas la mémoire, et ses souvenirs s'arrêtent au moment précis où le vertige a débuté. Quelles que soient les circonstances qui accompagnent l'état vertigineux, quelle qu'en soit la durée, l'inconscience et l'amnésie sont la règle si l'épilepsie est seule en cause. Si, au contraire, à la prédisposition épileptique vient s'ajouter une autre influence adjuvante ou occasionnelle, telle que l'alcoolisme, le malade peut, une fois revenu à lui, se rappeler plus ou moins vaguement, et comme au sortir d'un rêve, les différentes hallucinations qu'il a éprouvées, et les principales circonstances qui ont accompagné son état.

#### V. — DES VERTIGES CHEZ LES DÉMENTES.

OBS. XIV. — C... Bernard, ancien officier, a été bien portant jusqu'à quarante-six ans. A cet âge, traversant un jour la place de la Bastille, il éprouve un étourdissement, avec tremblement de tout son corps. Puis, sous l'influence d'une impulsion irrésistible, il se met à courir de toutes ses forces pendant quelques secondes; ces vertiges avec impulsions à courir sont revenus une dizaine de fois dans la journée, et n'ont plus reparu depuis. Il avait alors conscience de son état; une fois rentré chez lui, il se trouva tout égaré: il tenta de s'asphyxier avec du charbon et fut transporté à l'Hôtel-Dieu, mais il n'a aucun souvenir de ces deux faits. Il resta neuf mois à l'Hôtel-Dieu, et pendant le premier mois il tremblait beaucoup, avait perdu toute sa mémoire, même le souvenir des noms de choses

les plus communes et bégayait énormément. Il n'a jamais eu de paralysie limitée, mais depuis son attaque il est demeuré très faible de tous ses membres. Peu de temps après sa sortie de l'Hôtel-Dieu, il fut amené à l'asile de Ville-Evrard présentant un grand affaiblissement intellectuel, inconscient de la marche du temps et de sa situation. Actuellement le malade, qui est à l'asile depuis neuf ans, se rend bien compte de sa situation; le tremblement, le bégaiement et la faiblesse musculaire, sans disparaître absolument, ont considérablement diminué.

Obs. XV. — C... Julien, soixante-deux ans, bien portant jusque-là, éprouve, au mois de décembre 1880, un premier vertige avec chute et perte de connaissance sans convulsions; revenu à lui, il se sentit fatigué pendant trois jours, la tête lui tournait et il chancelait en marchant, puis tout se dissipa. Au mois de juin suivant, comme il se rendait chez sa nièce, nouveau vertige : il se sent tout à coup pendant le trajet tout égaré, perd son chemin, marche et agit à l'aventure et se fait arrêter, emmenant la voiture à bras d'un marchand ambulant; revenu à lui, il ignorait la cause de son arrestation. Depuis six mois qu'il est séquestré, il est calme, oisif, et ne présente aucun autre symptôme qu'un affaiblissement très notable des facultés intellectuelles, revenant sans cesse, dans des discours puérils et insignifiants, aux souvenirs de son enfance et de sa jeunesse.

Nous avons observé des vertiges chez quatre autres malades atteints de démence simple ou apoplectique.

Les vertiges sont assez fréquents dans la démence et ils s'y présentent sous des aspects variés. Nous avons déjà signalé leur rareté dans la démence qui caractérise la dernière période de la paralysie générale, en l'opposant à leur fréquence au début de la maladie; nous avons fait remarquer la ténacité et les autres caractères des vertiges dans la démence consécutive aux excès alcooliques; les vertiges

de la démence épileptique diffèrent peu de ceux qu'on observe dans les périodes moins avancées de la maladie, et si dans quelques cas une atténuation paraît se produire dans la violence des accidents, elle peut le plus souvent être mise sur le compte du traitement et du régime, aussi bien que sur celui des progrès de la démence. Il nous reste à étudier les caractères des vertiges dans la démence sénile ou apoplectique.

S'il s'agit d'une démence sénile, ils se présentent ordinairement sous forme d'étourdissements de courte durée, ne s'accompagnant pas de perte de connaissance, et pouvant se répéter assez souvent pendant plusieurs années, sans être l'occasion de changements bien notables dans l'état du malade. Ils se rapprochent beaucoup dans ce cas de ceux qu'on observe chez les alcooliques chroniques, et lorsqu'il existe quelques hallucinations, quelques idées de persécution, il n'est pas toujours facile de dire si les accidents que l'on observe dépendent uniquement de la démence sénile, ou bien s'ils ne sont pas la conséquence d'excès alcooliques anciens.

Les vertiges sont plus fréquents et mieux caractérisés dans la démence apoplectique; souvent ils ont la plus grande analogie avec les attaques si communes chez les individus âgés; ils les remplacent manifestement dans quelques cas ou alternent avec elles. C'est ainsi que dans l'observation XIV on voit le malade, qui n'a jamais subi d'attaques d'apoplexie, éprouver une série de vertiges avec impulsion à courir, à la suite desquels il conserve de la faiblesse musculaire, du tremblement, du bégaiement, et un notable affaiblissement des facultés intellectuelles et de la mémoire. Certains individus, après avoir subi une attaque d'apoplexie véritable, qui les laisse dans la démence, sont sujets ensuite à des vertiges, revenant spontanément, ou sous l'influence de légers excès de boisson qui eussent été sans inconvénient pour eux auparavant.

Lorsqu'ils surviennent ainsi au début ou dans le cours d'une démence apoplectique, ou qu'ils occupent la place d'une attaque, les vertiges sont généralement peu nombreux et très irréguliers chez le même individu ; mais ils sont souvent fortement accentués durant plusieurs heures ou même plusieurs jours, pendant lesquels les malades agissent sans conscience, et commettent parfois des actions dangereuses pour eux-mêmes ou pour la société (Obs. XIV et XV). Ils sont ordinairement suivis d'une aggravation notable dans les symptômes d'affaiblissement intellectuel. Lorsqu'après avoir éprouvé ces vertiges, les malades sont soumis à la vie calme et régulière des asiles, ils peuvent ne pas les ressentir de nouveau durant des années; pendant ce temps les restes des premiers accidents peuvent s'effacer insensiblement, et alors la démence fait ordinairement peu de progrès.

#### CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES.

Après avoir étudié le vertige dans chaque forme d'aliénation, nous pouvons maintenant envisager ce symptôme d'une manière plus générale, voir sous quels aspects il se présente, rechercher quelle est sa valeur diagnostique, quelles en sont les causes et le mécanisme, enfin quelles indications il peut fournir pour le traitement.

Le vertige se présente chez les aliénés avec des *degrés* d'intensité très variables: on observe tous les intermédiaires, toutes les formes, entre la plus légère sensation d'étourdissement aussitôt dissipée que ressentie, et les grandes attaques convulsives et comateuses d'épilepsie et d'apoplexie.

Au moindre degré les malades n'éprouvent qu'un léger et court malaise; il leur semble que tout tourne autour d'eux, qu'ils vont défaillir, un brouillard obscurcit leur vue un instant; puis tout se rétablit aussitôt dans l'ordre, avant qu'ils aient eu le temps de tomber ou de s'asseoir. Souvent

ils comparent eux-mêmes la sensation qu'ils éprouvent alors à celle qu'on ressent lorsqu'on regarde d'un lieu élevé, ou bien encore ils disent que la tête leur tourne comme s'ils étaient un peu ivres. D'autre fois, sous l'influence de ce malaise, ils s'asseyent ou s'appuient et restent deux ou trois minutes un peu émus, puis se remettent tout à fait.

A un degré plus marqué, les malades tombent brusquement sans avoir eu le temps de prévoir, même de très près, l'accident qui leur arrive; le plus souvent alors ils perdent connaissance pour un temps plus ou moins long, puis reviennent à eux. En reprenant leurs sens, ils présentent fréquemment une période d'hébétude, pouvant n'être que de quelques minutes, mais durant aussi quelquefois toute une journée ou plus; pendant ce temps ils agissent à l'aventure et sans conscience, prononcent des paroles incohérentes et peuvent commettre des actes dangereux pour eux-mêmes ou pour les autres. C'est dans cet état qu'on les voit se blesser ou se mutiler sans en ressentir aucune douleur, continuer indéfiniment un ouvrage qui les occupait lorsque le vertige est survenu, ou devenir d'une violence extrême et dangereuse pour les objets et les personnes qui les entourent.

A tous ces degrés le vertige peut s'accompagner de *convulsions*: s'il est léger et instantané, ce n'est qu'une grimace, une torsion d'un côté ou de l'autre des traits de la face, une occlusion des paupières, un grincement de dents, ou un rapide soubresaut de quelques muscles de l'avant-bras, qui fait quelquefois commettre au patient une maladresse dont il ne se rend compte qu'en revenant à lui. Si le vertige est plus violent et plus long, les mouvements convulsifs peuvent être moins limités, se prolonger plus longtemps ou se répéter à plusieurs reprises pendant sa durée: ils peuvent consister alors en contractures ou en secousses plus ou moins étendues de tout un membre, de tout un côté du corps ou de la tête: on peut rapprocher de ces mouve-



ments convulsifs les impulsions à courir qui se remarquent dans certains cas. Lorsqu'il s'agit de vertiges, on n'observe pas les convulsions généralisées, ni le coma, ni le relâchement des sphincters, ni le profond sommeil consécutif aux grandes attaques.

Les malades une fois revenus à eux, peuvent avoir totalement oublié ce qui leur est arrivé, depuis le commencement jusqu'à la fin de leur vertige, n'en avoir absolument aucune conscience : le récit qu'on leur fait de l'accident qu'ils viennent d'éprouver, ne réveille en eux aucun souvenir, si vague ou si confus qu'il soit. Mais d'autres fois, ils se rappellent le début du vertige et la chute qui a accompagné la perte de connaissance, ainsi que les actions ou démarches qui l'ont suivie. Parfois même ils n'ont pas perdu connaissance et se rappellent tout ce qui leur est arrivé. Ce souvenir peut être vague, analogue à celui que l'on conserve d'un rêve ou d'un cauchemar; les malades hésitent à croire à la réalité des démarches qu'ils ont faites, ou des actes qu'ils ont accomplis; ils ont besoin, pour être convaincus, des affirmations de quelque témoin. Et cependant la preuve qu'ils ont un certain souvenir de ce qui s'est passé, c'est qu'ils achèvent d'eux-mêmes le récit d'une action qu'on ne fait que leur indiquer; ils en rappellent les diverses circonstances d'une manière très exacte, mais en hésitant, et en demandant, par la forme interrogatoire de leur langage, la confirmation des détails qu'ils ne se rappellent que vaguement. Ils disent alors qu'ils agissaient sans savoir ce qu'ils faisaient, qu'ils n'avaient pas la tête à eux, qu'ils étaient complètement égarés. Enfin quelquefois les malades se rappellent très distinctement tout ce qui leur est arrivé et ils en font un récit exact et circonstancié. Ils conviennent qu'ils avaient une parfaite conscience de leurs actes : ils savaient que ces actes étaient extravagants, ridicules ou dangereux; mais, ajoutent-ils, ils ne pouvaient pas s'empêcher de les commettre, ils

n'étaient pas maîtres d'eux-mêmes : une force irrésistible les portait à courir en avant, à gesticuler, à menacer, ou à faire du mal aux personnes ou aux choses qui étaient autour d'eux, en même temps qu'ils éprouvaient dans la tête les sensations du vertige.

Les vertiges s'accompagnent fréquemment d'*hallucinations* qui sont sous leur dépendance et n'existent pas en dehors d'eux. Elles peuvent quelquefois se produire tout au début du vertige : elles sont alors un phénomène comparable à l'aura, qu'elles remplacent parfois chez quelques épileptiques. Dans ce cas on remarque souvent que l'hallucination est toujours la même pour le même malade, de sorte que celui-ci, instruit par l'expérience, peut prévoir quelques instants à l'avance ce qui va lui arriver. Plus fréquemment les hallucinations se produisent à la suite du vertige et servent alors de base aux discours incohérents des malades, à leurs démarches, et aux actes bizarres et dangereux qu'ils commettent.

Le retour des vertiges n'a ordinairement rien de régulier. Quelquefois ils sont uniques, ou bien ils se produisent coup sur coup dans l'espace d'un ou deux jours, ou même de quelques heures, pour ne pas se renouveler ensuite. Plus fréquemment les individus qui en ont déjà éprouvé sont sujets à en avoir de nouveaux, qui surviennent d'une manière tout à fait irrégulière, ou plus rarement se reproduisent périodiquement, quand le malade se trouve dans des conditions spéciales, par exemple lorsque les vertiges sont sous l'influence d'habitudes alcooliques régulières.

Le vertige ne modifie par ordinairement l'état physique d'un malade d'une manière bien sensible. Parfois cependant, rarement, il est vrai, les suites d'un simple vertige peuvent être aussi graves et aussi accentuées que celles d'une grande attaque d'apoplexie : ainsi on peut noter une paralysie plus ou moins complète d'un membre ou d'une moitié du corps, une hémiplégie faciale, un bégaiement

très prononcé, ou une grande faiblesse musculaire généralisée.

Les troubles intellectuels sont ordinairement plus marqués, et presque toujours, à la suite d'un vertige, on voit subsister pendant plus ou moins longtemps un état d'hébétude, d'obtusion intellectuelle, dont le malade lui-même se rend quelquefois compte, mais surtout appréciable pour les personnes de son entourage, qui peuvent faire la comparaison de son état actuel avec son état antérieur. Cette altération des facultés peut être tout à fait passagère, et disparaître sans laisser de traces, si l'accident vertigineux ne se renouvelle pas; mais dans le cas contraire, qui est le plus ordinaire, l'obtusion intellectuelle devient de plus en plus accentuée, à mesure qu'elle se répète plus souvent, et finalement il en résulte une dégradation profonde et irréparable des facultés, qui semble sans proportion, au premier abord, avec la bénignité apparente des accidents qui l'ont occasionnée.

Le vertige est un symptôme dont on tient ordinairement peu de compte dans le *diagnostic* des maladies mentales : c'est en effet un accident très fugitif et ordinairement accompagné d'autres phénomènes plus bruyants, plus faciles à constater, qui suffisent souvent à caractériser une maladie. L'étude des circonstances qui l'ont précédé ou accompagné permet en général de reconnaître assez facilement l'épilepsie, l'alcoolisme ou la lypémanie; mais il est deux cas dans lesquels la connaissance de l'existence de vertiges acquiert une réelle importance : le premier est celui des individus atteints d'excitation maniaque avec propos incohérents ou projets ambitieux; si cet état s'accompagne de vertiges, il ne faut pas trop se hâter de croire à l'existence d'une manie simple, car les vertiges sont rares dans cette affection : on doit plutôt soupçonner le début d'une paralysie générale. En second lieu, si l'on observe des vertiges chez des individus âgés on devra craindre à bref délai une attaque

d'apoplexie, et chercher dans la mesure du possible à prévenir cet accident par des moyens appropriés.

Nous avons déjà dit que nos recherches ont porté sur un beaucoup plus grand nombre d'hommes que de femmes, puisque nous avons examiné pour notre travail 350 hommes et 60 femmes seulement. Toutefois, s'il est permis de tirer de chiffres aussi disproportionnés une remarque sur la fréquence comparée des vertiges dans les deux sexes, nous voyons que ces accidents sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme, puisque nous avons trouvé 43 hommes sur 350, et 1 femme seulement sur 60, qui fussent sujets à des vertiges. Ce résultat ne doit pas nous surprendre, puisque d'une manière générale l'homme est plus sujet que la femme à la congestion cérébrale, et dans le cas qui nous occupe en particulier, la femme est beaucoup moins souvent que l'homme atteinte d'alcoolisme, de paralysie générale et d'épilepsie; et ce sont, comme nous l'avons vu, ces maladies qui nous ont présenté le plus grand nombre d'individus sujets à des vertiges. Toutefois nous nous bornons à dire d'une manière générale que les vertiges sont plus fréquents dans le sexe masculin : le petit nombre de femmes que nous avons pu examiner est trop restreint pour nous permettre de préciser davantage.

Le mécanisme de la production du vertige est loin d'être élucidé, mais il peut être utile cependant de chercher à en établir une *théorie* pour aider à comprendre des faits obscurs, en montrant leur analogie avec d'autres mieux connus, ou pour expliquer les bons effets qu'une longue expérience a toujours obtenus d'un traitement convenable. On retrouve souvent chez les individus sujets à des vertiges quelque indice de congestion cérébrale : le fait est évident pour les alcooliques et les paralytiques, chez qui la congestion cérébrale a été de tout temps regardée comme la cause immédiate des symptômes observés. La congestion

n'est pas moins certaine chez les hallucinés et les lypémaniques anxieux, depuis que les recherches de M. Luys nous ont montré chez ces malades la constance de l'hypérémie dans certains points du cerveau. C'est encore évidemment la congestion qui préside aux attaques d'apoplexie cérébrale. Si elle est moins bien démontrée pour l'épilepsie, on peut néanmoins l'admettre, en considérant la similitude des accidents dus à cette cause avec ceux d'une autre origine ; seulement dans l'épilepsie la congestion, au lieu de dépendre d'une cause locale bien déterminée ou d'une intoxication, résulte plus probablement d'une action réflexe vaso-motrice, qui prend son point de départ dans un fonctionnement vicieux encore mal élucidé de quelque partie du système nerveux. Le sang accumulé par la congestion, soit dans toute l'étendue, soit sur une partie du cerveau, comprime les éléments nerveux et les empêche de fonctionner ; de là perte d'équilibre, chute, inconscience, amnésie et autres symptômes observés dans le vertige. D'autre part l'excès de sang, tout en comprimant les éléments nerveux, en excite violemment quelques-uns, et leur imprime une activité désordonnée ; cette activité explique les convulsions qui accompagnent parfois le vertige.

D'ailleurs le *traitement* indiqué par cette manière de voir vient la confirmer par les bons résultats qu'il donne. La médication la plus utile est en effet basée sur l'emploi des purgatifs salins et des révulsifs. Les premiers, en enlevant une grande quantité de liquides à l'économie, les seconds en attirant le sang vers la peau, diminuent la tension sanguine générale, et du même coup la compression exercée par le sang sur les éléments nerveux, qui se retrouvent ainsi dans leurs conditions normales de fonctionnement. Ce traitement donne les meilleurs résultats dans les vertiges de la lypémanie anxieuse, de la paralysie générale et de la démence ; il est encore utile dans les vertiges d'origine alcoolique, mais ici il doit être complété par la sobriété,

qui, supprimant la cause des vertiges, les fera infailliblement disparaître, à moins que des habitudes alcooliques invétérées n'aient produit des ravages irréparables. Ce traitement donne aussi de bons résultats dans les vertiges d'origine épileptique ; mais, dans ce cas, la surexcitabilité anormale du système nerveux, qui, par action réflexe vaso-motrice occasionne le vertige, est heureusement modifiée par l'emploi des bromures alcalins, et ceux-ci dans l'épilepsie doivent toujours constituer la base du traitement.

Les actes commis par les malades en état de vertige sont fréquemment du ressort de la médecine légale, mais nous ne nous étendrons pas longuement sur la *responsabilité* des individus qui les commettent : c'est une question qui doit être examinée en détail dans chaque cas particulier. Cependant lorsqu'un acte délictueux est accompli sous l'influence d'un vertige, la responsabilité doit être nulle en général, et dans le cas qui nous occupe plus spécialement, lorsqu'il s'agit de vertiges éprouvés par des aliénés, l'irresponsabilité ne nous paraît pas devoir être souvent sujette à discussion.

#### CONCLUSIONS.

1° Les aliénés sont sujets à éprouver fréquemment des vertiges ;

2° Parmi les formes d'aliénation, la manie est celle qui s'accompagne la plus rarement de vertiges ; ceux-ci sont moins rares dans la lypémanie, surtout celle de forme anxieuse, et dans le délire des persécutions ; ils sont très communs dans l'alcoolisme aigu ou chronique, la paralysie générale, la démence sénile ou apoplectique, et surtout l'épilepsie ;

3° Les vertiges peuvent se présenter sous différentes formes d'intensité et de durée, qui constituent une gradation régulière et ininterrompue, depuis le plus léger étourdis-

sement, jusqu'aux attaques convulsives ou apoplectiques;

4° Les vertiges s'accompagnent souvent de convulsions partielles, de délire, d'hallucinations, d'actes extravagants ou dangereux;

5° L'inconscience et l'amnésie sont la règle lorsque le vertige est de nature épileptique; elles peuvent faire défaut lorsqu'il reconnaît une autre origine;

6° Les vertiges sont beaucoup plus fréquents chez l'homme que chez la femme;

7° Ils paraissent dus à un état congestif, général ou partiel, direct ou réflexe des centres nerveux;

8° Ils sont utilement traités par les purgatifs salins et les révulsifs, auxquels on doit ajouter la sobriété, quand ils sont d'origine alcoolique, et les bromures alcalins, s'ils dépendent de l'épilepsie;

9° Les individus qui agissent sous l'influence d'un vertige doivent être généralement regardés comme irresponsables.

---

---

## Archives cliniques

---

92

CLINIQUE DE LA VILLE. — M. ERNEST CHAMBARD,  
CHEF DE CLINIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON

### **Une famille de névropathes**

Il est des familles malheureuses : au lieu de les frapper discrètement, certaines diathèses semblent les condamner à mort et s'acharner à leur perte. Les unes sont décimées par la tuberculose ; les autres s'éteignent sous les atteintes répétées du cancer ; il en est d'autres, enfin, chez lesquelles la diathèse névropathique élit domicile, se manifeste sous toutes les formes, et prépare les voies à cette dégénérescence ultime à laquelle Morel a consacré un des plus beaux ouvrages que la psychiatrie ait jamais inspirés.

Une femme de quarante et un ans, M<sup>me</sup> D..., que nous avons vue, en 1874, à la consultation de M. Jules Simon dont nous avons alors l'honneur d'être l'interne, appartenait à l'une de ces familles sur lesquelles la diathèse névropathique semble faire converger ses efforts destructeurs. Ses ascendants, ses collatéraux, son mari en avaient été ou en étaient encore victimes ; elle-même souffrait de troubles nerveux voisins de l'aliénation mentale, et c'est pour ses enfants, atteints de phénomènes cérébraux alarmants, qu'elle venait consulter notre maître. Son histoire et celle des siens nous a paru présenter quelque intérêt et nous la reproduisons, si incomplète qu'elle soit, en la faisant suivre de courtes réflexions sur les principales questions qu'elle soulève.



*Histoire de la famille D...*

*Ligne ascendante.* — *Le père* de M<sup>me</sup> D..., encore vivant, est âgé de soixante ans; il est bien portant malgré quelques attaques de rhumatisme, intelligent, gai, mais « désordonné, coureur et un peu braqué. »

*Le grand-père paternel*, mort aujourd'hui, était un homme intelligent et « sévère », mais « méticuleux et plein de manies. » Il passait pour « un original. »

*Un oncle paternel*, père du mari de M<sup>me</sup> D... est mort en état de « folie lypémanique. »

*Un grand-oncle paternel* était rhumatisant, « avare, égoïste et original. »

*Une tante paternelle* aurait eu dans sa jeunesse « une fièvre cérébrale. » Bien que très raisonnable et « accomplie en tous points, » elle était très nerveuse, très vive, sujette à des « tremblements et à des attaques de nerfs » qui semblent se rattacher à l'hystérie.

*La mère* de M<sup>me</sup> D..., d'un caractère sombre, n'était aimée, ni dans la famille de son mari, ni dans la sienne propre; elle était très sujette, dans sa jeunesse, à des accès de somnambulisme.

*Grands-parents maternels.* — Aucun renseignement.

*Oncle maternel.* — Avait un caractère « égoïste » et est mort « tuberculeux. »

*Ligne collatérale.* — *Frère.* Mort à trente-deux ans d'une « congestion cérébrale. » Il paraît avoir été une espèce de fou lucide, si nous en croyons les épithètes de « violent, mauvais caractère, original, orgueilleux, fantasque, extravagant, esbrouffeur, peu délicat, mais très généreux », dont le gratifie M<sup>me</sup> D... — « Sa famille elle-même, ajoute-t-elle, le regardait comme un fou. »

*Frère.* — Bon, intelligent, rangé, il gagne 44,000 fr. par an comme architecte, est marié et a des enfants très bien portants.

*Frère.* — Possède les mêmes qualités intellectuelles et morales que le précédent et exerce, comme lui, la profession d'architecte; mais il est sujet à des accès d'épilepsie.

*Le mari* de M<sup>me</sup> D... est en même temps son cousin germain, car il est le fils de cet oncle paternel qui est mort « fou lypémanique. » — C'est un homme égoïste et borné, d'un caractère égoïste et méchant, surtout lorsqu'il a bu, ce qui lui arrive souvent. Il aurait eu plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu.

M<sup>me</sup> D... est, en dehors de ses enfants, le seul membre de la famille que nous ayons pu voir et interroger, aussi nous étendrons-nous davantage sur son histoire qui offre, non seulement un certain intérêt, mais encore un plus grand degré de certitude.

C'est vers l'âge de huit ans que se dessina le tempérament nerveux de M<sup>me</sup> D... Elle fut alors atteinte d'une « chorée » qui persista, en dépit de nombreux traitements, jusqu'à l'âge de dix-sept ans. Elle était, en même temps, sujette à des « colères » que rien ne justifiait, et pendant lesquelles elle poussait des cris de rage et se roulait par terre.

A treize ans, au moment où apparut sa menstruation qui fut toujours facile et régulière, survinrent des accès de somnambulisme qui étaient généralement précédés d'attaques d'hystérie et revenaient à intervalles réguliers. Pendant ces accès, la jeune fille discourait, « voyait à distance » et répondait à toutes les questions qui lui étaient posées. Ces accidents firent quelque bruit, nombre de personnes en furent témoins, quelques-unes parlèrent de sorcellerie et un magnétiseur offrit aux parents de la jeune malade une somme de 40,000 fr. pour exploiter sa faculté magnétique.

A vingt-deux ans, la malade fut mariée. Sous l'influence de chagrins de ménage causés par la méchanceté et l'intempérance de son mari, elle maigrit, perdit ses forces à ce point

qu'elle passa pour « poitrinaire » et fut traitée en conséquence. La mort de son second enfant, qui succomba aux suites d'une brûlure, lui causa un profond chagrin et déterminâ des troubles intellectuels que la naissance de son troisième enfant ne fit disparaître qu'en partie et sur lesquels nous aurons bientôt lieu d'insister.

M<sup>me</sup> D... est actuellement une femme de quarante et un ans, bien conformée, robuste et d'une physionomie régulière, expressive, agréable même, malgré les nombreuses taches de lentigo qui parsèment, chez elle, comme chez ses deux enfants, la peau de la face. Elle paraît fort intelligente, montre une certaine bonne humeur et s'exprime avec facilité, avec volubilité même : elle s'écarte volontiers du sujet de la conversation et l'on est souvent obligé de l'y ramener.

Son caractère a notablement changé, depuis son mariage, sans cesser d'être éminemment nerveux. Aux accès de colère de l'enfant, aux emportements de la jeune femme qu'expliquait suffisamment la mauvaise conduite du mari, a succédé une émotivité qui se traduit, à la moindre occasion, par des pleurs interminables et une variabilité d'humeur qui trahissent tour à tour la joie la plus expressive et la tristesse la plus amère. Sa mémoire, qui était fort bonne, et son aptitude au travail, qui était remarquable, ont beaucoup diminué dans ces dernières années.

M<sup>me</sup> D... présente, en outre, des troubles intellectuels assez singuliers qui remontent à l'époque de la mort de son second enfant.

Cet événement lui causa un profond chagrin; elle ne pouvait se décider à croire à sa réalité, elle se rendait souvent au cimetière avec le vague espoir d'en ramener son enfant. Ses nuits étaient troublées par des cauchemars et par des visions terrifiantes d'hommes et de femmes monstrueux.

La malade tomba dans une mélancolie profonde et c'est

d'alors que datent les troubles de la détermination consciente qu'elle présente encore aujourd'hui, bien qu'à un moindre degré. Elle se figurait qu'elle ne pourrait rien mener à bien et il suffisait qu'on la regardât pour qu'elle s'arrêtât indécise et irrésolue. Voulait-elle aller à la messe, elle se disait : « Je ne pourrai pas y rester, la foule va me gêner » ; et si elle avait réussi à pénétrer dans l'église, elle ne tardait pas à sentir un malaise indéfinissable qui la poussait à sortir : essayait-elle de résister à cette impulsion, elle finissait par tomber sans connaissance entre les bancs. En omnibus, c'étaient de nouvelles craintes : « On va me regarder, je ne pourrai rester, les chevaux n'auraient qu'à tomber. » Et elle se voyait souvent obligée de descendre avant d'être parvenue au terme de son voyage.

Ces craintes, ces angoisses étaient surtout prononcées lorsque M<sup>me</sup> D... était seule, la présence d'un enfant suffisait à la rassurer. Il en était de même si elle ne connaissait pas bien les conséquences de l'acte qu'elle voulait accomplir vers le terme du voyage qu'elle avait entrepris. Elle n'éprouvait, par exemple, aucune répugnance à se rendre à Amiens, ville où elle avait des parents et qu'elle connaissait fort bien ; mais on n'aurait pu la décider à partir, dans un but de promenade, pour Meudon, ou pour tel village des environs de Paris qui lui eût été inconnu.

Tels sont les troubles psychiques dont M<sup>me</sup> D... a souffert longtemps : ils ne furent jamais compliqués de délire du toucher, d'agoraphobie, de folie métaphysique ni des autres formes de délire émotif qui coexistent cependant si souvent avec eux. Bien que très notablement amendés, depuis la naissance du troisième enfant de la malade, il en existe cependant encore quelques traces. C'est ainsi qu'elle s'inquiète beaucoup des notes qu'elle nous voit prendre en l'interrogeant, se tourmente à la pensée que nous pourrions, en les publiant, la couvrir de ridicule et se jure d'être moins communicative à l'avenir.

*Ligne descendante.* — M<sup>me</sup> D... a eu quatre enfants : seuls, les deux derniers sont encore vivants.

*Son premier enfant* n'a vécu que huit jours.

*Le second* fut pris, à la suite d'une brûlure au bras, produite par de l'eau bouillante, d'accidents nerveux que le médecin qualifia de méningite et qui l'emportèrent en vingt-quatre heures.

Les deux derniers, un garçon et une fille, purent être élevés et ce sont eux que leur mère amène à la consultation.

*Le garçon* est âgé de sept ans. Élevé au sein par sa mère, il fut d'une bonne santé jusqu'à un an. A cet âge, il eut une « fièvre urticaire. » A deux ans, il fut successivement atteint de la coqueluche, de la rougeole et de la variole ; à trois ans, enfin, se montra une affection cutanée qui fut d'abord prise pour la gale, accès qui n'était autre qu'un prurigo chronique dont il souffre encore aujourd'hui.

Cet enfant est bien conformé : sa tête est volumineuse et son front largement développé. Sa physionomie est ouverte, mais sa figure est, comme celle de sa mère et de sa sœur, parsemée de taches lentigineuses. Ses fonctions organiques sont normales.

Malgré son air intelligent, le jeune D... n'a pu apprendre que très imparfaitement à lire et, depuis l'âge de trois ans, il n'a acquis aucune connaissance nouvelle. Son prurigo disparaît ou à peu près, chaque hiver ; mais il se fait, chaque printemps, une poussée nouvelle qui dure du mois de mars au mois de novembre. Pendant la période d'éruption, le caractère de l'enfant est assez bon ; il se montre soumis et affectueux, mais peu démonstratif. Pendant l'hiver, au contraire, alors que l'éruption sommeille, il est désagréable, taquin, méchant, agité, et a de violentes colères, il parle et crie sans cesse, il est toujours en mouvement, se rend insupportable à tout le monde et se fait détester de ses petits camarades.

La *fil*le, âgée de quatre ans et demi, a été également élevée au sein par sa mère. De dix-huit mois à trois ans, elle a pissé au lit et, à six ans, elle fut atteinte de convulsions que l'on attribua d'abord aux vers et à la dentition, mais qui ont persisté jusqu'à ce jour.

Cette enfant est, comme son frère — plus encore que lui, peut-être — un type de l'état nerveux auquel M. Jules Simon a donné le nom d'irritation cérébrale. Bien conformée et bien développée, elle a une physionomie fine et intelligente mais trop expressive pour son âge, extrêmement mobile et même grimaçante. En proie à une agitation continuelle, toujours en mouvement, elle a souvent des accès de colère que rien n'explique et pendant lesquels elle se roule à terre en poussant des cris perçants.

Ces troubles du caractère sont accompagnés, chez la petite D..., d'accidents mieux localisés et plus graves. Indépendamment de terreurs nocturnes et d'accès de somnambulisme, elle est atteinte d'accès convulsifs périodiques qui se montreraient tous les jours vers quatre heures du matin et quatre heures du soir. La petite malade pousse un cri; sa face pâlit; ses yeux se convulsent; les commissures de ses lèvres sont animées de petites secousses; elle reste insensible aux excitations les plus vives, puis sa respiration devient suspicieuse et sa physionomie revêt, parfois, une expression de terreur. Quelque incomplète que soit cette description, il est difficile de n'y pas voir les traits principaux d'un accès d'épilepsie ou, tout au moins, d'une attaque d'hystéro-épilepsie.

COTÉ PATERNEL.		COTÉ MATERNEL.	
GRAND-ONCLE. Égoïste et original.	GRAND-MÈRE. ?	GRAND-PÈRE Original » maniaque ».	GRAND-MÈRE. GRAND-PÈRE. ?
ONCLE. Lypémaniaque; Hystérique.	TANTE. PÈRE. Original « braque ».		MÈRE, Sonnambule.
COUSIN ET MARI Faibles d'esprit et alcooliques.	Mme D... Hystérie, som- nambulisme, délire émotif.	FRÈRE. Fou moral.	FRÈRE. Epileptique. Sain d'esprit.
GARÇON. Irritation, céré- brale; prurigo chronique.	FILLE. Epilepsie.		

*Réflexions.*

L'observation que nous venons de rapporter, à titre de simple document, est trop incomplète pour que nous puissions insister longuement sur les questions qu'elle soulève;

aussi la ferons-nous suivre, seulement, de quelques réflexions générales.

Et d'abord, elle justifie la proposition que nous avons émise au début de cette note. La famille D..., en effet, est riche en manifestations névropathiques. Toutes s'y rencontrent, depuis les plus bénignes telles que le somnambulisme ou certaines particularités de caractère, jusqu'aux plus graves, comme la lypémanie ou l'épilepsie, et il n'est peut-être aucun de ses membres qui ait complètement échappé à leur atteinte. Ce fait ressortira suffisamment de la lecture du tableau synoptique ci-joint, dans lequel, autour de M<sup>e</sup> D... qui en est la clef, nous avons groupé, par ordre de parenté, et caractérisé au point de vue névro-pathologique, les divers membres de cette famille.

Un second fait intéressant est l'existence chez le petit garçon de M<sup>me</sup> D... d'une dermatose, le prurigo, sur laquelle nos notes ne donnent que peu de détails mais que sa précocité, son développement à la suite d'un urticaire, sa ténacité et sa marche, nous permettent de rattacher au type si bien décrit par Hébra. Or, le prurigo de Hébra est moins une affection accidentelle de la peau que le résultat d'un vice profond de la nutrition de cet organe. Il est souvent héréditaire; il s'observe fréquemment chez les enfants de mères cachectiques ou tuberculeuses et nous l'avons nous-même observé deux fois chez des sujets présentant des signes manifestes de dégénérescence (1). La dermatose dont le jeune D... est atteint ne serait donc, peut-être, que la première manifestation grave de la dégénérescence physique dont sa famille est menacée.

---

(1) Nous observons en ce moment, à l'Antiquaille, un jeune homme de vingt ans, atteint de prurigo de Hébra depuis l'âge de deux ou trois ans, qui en est un exemple. — Son corps-ensemble appartient à un enfant de quinze ans. Les organes génitaux présentent à peine les signes de la puberté et ses maxillaires offrent un rétrognathisme des plus prononcés. Son intelligence est normale et même assez développée.



Nous ferons enfin remarquer, chez le même enfant, l'alternance quise montre entre les troubles cérébraux et les manifestations cutanées. Il y a là un fait de balancement, de métastase périodique qui n'est pas très rare, que les bons observateurs connaissent bien, mais qu'il importe de signaler, car quelques-uns en nient la possibilité ou l'importance, faute de pouvoir l'expliquer ou l'accommoder à leurs théories. Les relations qui unissent les dermatoses aux névroses sont encore bien obscures et nous ne possédons sur ce chapitre de pathologie générale que des données partielles et peu précises; aussi leur étude mérite-t-elle l'attention des neurologistes et nous proposons-nous d'y contribuer, quelque jour, dans la mesure de nos forces et de nos moyens.

---

## 93

ASILE DE VAUCLUSE. — M. LE D<sup>r</sup> BIGOT,  
MÉDECIN EN CHEF, DIRECTEUR.

**Crises d'hystérie chez un homme atteint de paralysie  
générale.**

Observation recueillie par M. le D<sup>r</sup> Camuset, médecin adjoint

SOMMAIRE. — Homme âgé de trente-neuf ans, atteint de paralysie générale confirmée. — Apparition soudaine d'une série de crises hystériques bien caractérisées. — Mort brusque par congestion pulmonaire. — Autopsie.

Les crises d'hystérie ne se rencontrent que très rarement dans le cours de la paralysie générale, au moins chez l'homme; c'est ce qui nous a engagé à publier cette observation. Nous n'avons connaissance que d'un seul cas

de ce genre, M. le D<sup>r</sup> Rey en a donné la relation dans les *Annales médico-psychologiques* (année 1883, n° de janvier). Il est probable qu'il en existe d'autres, mais certainement ils ne sont pas nombreux. Notre malade présente avec celui de M. Rey une grande analogie quant à la forme et quant à l'aspect des crises, mais il en diffère beaucoup sous le rapport de la marche et de la durée de la période convulsive.

U... (Adolphe), trente-neuf ans, maréchal ferrant, présente une tare héréditaire du côté paternel. Son père, actuellement âgé de soixante-cinq ans, est en démence, en *enfance* depuis quatre ans. U... a deux enfants d'une bonne santé, âgés l'un de six ans, l'autre de huit ans. Il habite Paris depuis dix ans. Il travaillait beaucoup, mais il s'enivrait quelquefois. Il a fait, il y a deux ans, des pertes d'argent qui l'ont profondément affecté. Depuis cette époque, sa femme a constaté qu'il perdait la mémoire, que son intelligence diminuait et qu'il ne pouvait plus faire ses comptes. Il n'a jamais eu ni syncope, ni convulsion d'aucune sorte. Du reste sa santé avait toujours été bonne; cependant il avait fait la campagne de 1870, et depuis il se plaignait parfois de douleurs lancinantes dans les membres inférieurs, douleurs qu'il attribuait au froid dont il avait souffert. C'est actuellement un homme remarquablement grand et bien proportionné.

L'affaiblissement intellectuel allant toujours en progressant, on le fit admettre à Sainte-Anne et voici son certificat médical à ce moment : « Affaiblissement des facultés mentales avec apathie, indifférence. Conscience très incomplète de sa situation. Embarras de la parole. « Inégalité des pupilles. — *Signé* : D<sup>r</sup> MAGNAN, 3 avril 1883. »

U... arrive à Vaucluse le 7 avril 1883. Il présente alors les symptômes les plus nets de la paralysie générale. Jusqu'au 29 novembre, la maladie suivit une marche progressive ordinaire sans présenter jamais ni attaques conges-

tives ni rien de remarquable. A cette époque, 29 novembre, le malade parlait difficilement, la marche était indécise, la démence avancée et les idées délirantes de nature orgueilleuse ou optimiste.

Brusquement, le 29 novembre, au matin, pendant la visite, U... est pris d'une crise nerveuse, véritable attaque d'hystérie simple, qui se renouvela quatre fois dans la journée. Les attaques se montrèrent ensuite jour et nuit, à intervalles irréguliers pendant onze jours, c'est-à-dire jusqu'à la mort qui survint pendant la nuit du 9 au 10 décembre.

Voici la description des crises : le malade, s'il est debout, se laisse tomber en s'appuyant sur les meubles ou sur le mur. Puis il crie la bouche largement ouverte et étirée, il tend fortement la langue, il bave, les yeux sont convulsés en haut, les larmes coulent, il respire mal, et s'étreint la gorge avec les deux mains, on dirait qu'un obstacle empêche l'entrée de l'air dans le larynx. Il fait de grands mouvements des membres, mouvements circulaires et légèrement saccadés; puis il se tourne dans tous les sens, parfois il se soulève en cercle, le ventre projeté en avant, le corps n'appuyant sur le lit que par l'occiput et les jambes. Si on lui jette de l'eau à la figure, il redouble ses cris, se retourne et ses mouvements deviennent de plus en plus désordonnés. La compression des testicules ne fait pas cesser la crise.

Les crises ont une durée variable, elles durent de quatre ou cinq minutes à trois quarts d'heure. Elles ont toujours le même caractère, mais elles sont plus ou moins violentes, la flexion du corps en arrière n'existe pas toujours, mais le malade ne manque jamais de s'étreindre le cou avec les mains, de crier, de projeter la langue hors de la bouche et de pleurer.

Le premier jour, U... eut quatre crises, le soir il présentait une hémianesthésie gauche, mais ce symptôme a

disparu le lendemain et a été remplacé par une légère hyperesthésie généralisée. Les jours suivants, les crises furent plus nombreuses : on en compte huit, dix, une fois même quatorze. Malgré ce nombre élevé, la température prise tous les jours plusieurs fois ne s'élève jamais au-dessus de 37°6.

Nous pensons qu'il n'y a aucun doute à avoir sur la nature hystérique de ces phénomènes nerveux. Les médecins et les internes de Vaucluse ont examiné avec soin le sujet et tous ont été convaincus qu'on avait réellement affaire à des attaques d'hystérie simple.

Quant à l'état mental du malade pendant les intervalles des crises, il a été assez bizarre. U... avant ses crises était en démence avec de l'optimisme pathologique et avec quelques idées délirantes vagues, de nature orgueilleuse. Dès le lendemain de l'apparition des convulsions, il tomba dans le délire hypochondriaque caractéristique de la paralysie générale. Il n'avait plus de langue et refusa de manger, on dut même le nourrir à la sonde. Seulement il était gai quand même et c'était en riant que, touchant sa langue avec ses doigts, il expliquait que n'ayant plus de langue, il ne pouvait pas manger. Le contraste entre ce délire dépressif et cette figure expansive était curieux. En plus, probablement par le fait d'une hyperesthésie spéciale, au moindre attouchement, il se pelotonnait sur lui-même en riant, prétendant qu'on le chatouillait.

Enfin, U... fut trouvé mort dans son lit, au milieu de la nuit, le onzième jour après le début des crises, sans que rien ait pu la veille faire prévoir cette brusque terminaison. Il était couché sur le ventre, la face sur l'oreiller, les doigts énergiquement repliés dans la paume des mains.

*Autopsie.* — Embonpoint normal. — Lésions macroscopiques de la paralysie générale : Epaississement considérable des méninges, leur vascularisation prononcée Adhérences méningo-corticales sur toute la surface convexe

du cerveau, prononcées surtout en avant. — Ramollissement de la substance corticale qui est irrégulièrement teintée en brun rougeâtre. Épendyme ventriculaire chagriné. Ventricules dilatés. Le cerveau pèse 1130 grammes. — Les poumons sont le siège d'une forte congestion généralisée. Le tissu gorgé de sang est lie de vin. Il n'y a pas de noyaux d'hépatisation. — Rien au larynx ni à la trachée. — Le cœur est un peu gras. Il y a plusieurs larges plaques calcaires à la crosse de l'aorte. — Les organes de la digestion, la rate, les reins sont normaux.

---

---

# Législation

---

## RAPPORT SUR LES PROJETS DE RÉFORME

RELATIFS A LA

# LÉGISLATION SUR LES ALIÉNÉS

Lu à la séance de l'Académie de médecine du mardi 22 janvier 1884

Au nom d'une Commission composée de

MM. BAILLARGER, BROUARDEL, LUNIER, LUYS, MESNET,  
et BLANCHE, rapporteur.

---

La commission du Sénat, chargée de l'examen du projet de loi sur les aliénés, a demandé à l'Académie de médecine de mettre cette question à son ordre du jour. L'Académie a pensé que la discussion serait plus féconde en enseignements si on l'engageait sur un rapport élaboré par une commission. Les membres désignés pour faire partie de cette commission sont : MM. Baillarger, Luys, Brouardel, Lunier, Mesnet, et Blanche, élu secrétaire-rapporteur. C'est donc en son nom que j'ai l'honneur de venir vous faire connaître le résultat de ses travaux, et je suis heureux de pouvoir vous dire que, sur tous les points, c'est à l'unanimité qu'ont été adoptées les résolutions qui vont être soumises à votre jugement et à votre approbation.

Jusque vers la fin du siècle dernier, les aliénés étaient rarement traités comme des malades. Si, dans certaines

contrées, les croyances religieuses leur garantissaient une liberté absolue et une protection unanimement admise et pratiquée, dans d'autres pays on ne voyait en eux que les périls qui pouvaient résulter de leurs aberrations ou de leurs accès de fureur, et on les tenait renfermés comme des êtres dangereux, envers lesquels la société remplissait son devoir en les empêchant de mourir de faim ou de froid, et surtout en les mettant dans l'impossibilité de nuire à autrui.

Ce sera l'éternel honneur d'un médecin français, de Pipel, d'avoir réussi à rendre aux aliénés leur dignité d'hommes, et de leur avoir assuré les soins auxquels ils avaient droit comme malades.

Les aliénés sont, en effet, des malades, et à ce titre ils relèvent tout d'abord et presque complètement de la médecine; mais la nature de leur mal les rendant incapables de se gouverner et de se protéger eux-mêmes, de gérer leurs biens, de veiller à leurs intérêts, et les ramenant à l'état de mineurs pendant la durée de leur maladie, ils relèvent nécessairement aussi de la justice.

Si la folie ne réclamait, comme les autres maladies, qu'un traitement purement médical, dans les conditions de la vie ordinaire, la famille pourrait y pourvoir seule avec le concours du médecin, mais telle n'est pas la situation.

Alors même que les circonstances permettent de ne pas avoir recours au placement de l'aliéné dans un asile spécial, et de le soigner en famille, il n'en doit pas moins être privé, partiellement au moins, de sa liberté; soit qu'on puisse le laisser dans son propre intérieur, soit qu'on l'installe dans une maison sous la garde de parents ou d'amis, il ne conservera que pour le monde l'apparence de la vie libre, mais, en réalité, il sera soumis à une véritable séquestration, séquestration légitime, strictement recommandée par l'intérêt de sa sécurité, par les exigences du

traitement d'où dépend la guérison, mais enfin séquestration, c'est-à-dire privation de sa liberté et de l'exercice de ses droits.

Or, toutes les fois qu'il est porté atteinte à la liberté individuelle, la justice, qui seule a le pouvoir d'en disposer, doit nécessairement intervenir. C'est là un principe, une vérité, que nul ne saurait méconnaître, devant qui chacun doit s'incliner.

Il est d'ailleurs de stricte équité de reconnaître que si la justice réclame l'exercice des droits qui lui appartiennent, dont elle a la garde, et qui lui créent des devoirs, ces devoirs elle demande à les remplir avec le concours de la médecine. Ainsi que cela ressortait déjà des dispositions de la loi de 1838, et ainsi que c'est également établi par le nouveau projet de loi, dans toutes les mesures relatives aux aliénés, le rôle prépondérant est celui du médecin. C'est le médecin qui constate la maladie, qui indique ce qu'exige la sécurité du malade en même temps que la protection de ses intérêts, et qui décide du placement dans l'asile, ainsi que de la possibilité de la mise en liberté.

Si, à l'avenir, et dans un petit nombre de cas, ce ne sera plus le médecin de l'asile qui seul aura pouvoir de statuer sur la sortie des aliénés dits criminels ou de ceux réputés dangereux, ce sera cependant toujours et obligatoirement sur l'avis d'un médecin que la sortie sera accordée ou refusée.

Il est donc incontestable que la justice laisse la première place à la médecine, tout en maintenant le principe de la nécessité de son intervention dans toutes les questions de liberté individuelle.

La loi du 30 juin 1838 en a été la consécration pour ce qui concerne les aliénés. Malgré le bien immense que cette loi a réalisé, il n'en est peut-être pas une autre qui ait été l'objet d'attaques aussi vives et aussi nombreuses; ce n'est pas à dire qu'elle réponde entièrement aujourd'hui à tous



les besoins, et qu'il n'y ait pas utilité à la modifier et à la compléter en certains points, tout en déclarant que l'ordonnance du 18 décembre 1839, qui en est le complément, contient les dispositions les plus sages au point de vue de l'organisation, de la direction, de la gestion des asiles, et des mesures de surveillance judiciaire et administrative. Ce dont on l'accuse, c'est de ne pas garantir suffisamment la liberté individuelle, et cependant, depuis qu'elle fonctionne, on ne peut citer un cas véridique de placement arbitraire et non justifié d'un aliéné dans un asile spécial.

Quoi qu'il en soit, l'opinion publique, égarée par les récits de faits faux ou inexactement représentés, a pesé sur les divers gouvernements qui se sont succédé, et a exigé qu'il fût donné satisfaction au vœu exprimé de plus en plus énergiquement de voir réformée la législation des aliénés.

De là est né le projet de loi actuellement présenté au Parlement, et qui a été préparé par les études d'une commission composée de sénateurs, de députés, de magistrats, d'administrateurs et de médecins.

Les débats de cette commission ont été aussi consciencieux qu'approfondis. Nos confrères ont eu à soutenir la lutte contre des convictions dont on ne saurait mettre en doute la sincérité, et si nos remerciements doivent d'abord être pour eux, nous devons aussi remercier les autres membres de la commission des concessions qu'ils ont faites, et qui ont permis d'accomplir une œuvre pleine de difficultés et d'approcher du but, en proposant de nouvelles garanties de la liberté individuelle, sans faire subir de véritable sacrifice à l'intérêt des malades, et en ne touchant qu'avec une discrétion relative aux droits de la famille que le projet de loi maintient, et cherche seulement à régler dans leur exercice et leur application.

Ces préliminaires établis, nous avons examiné successivement tous les articles du projet de loi; mais dans l'exposé que je vais mettre sous vos yeux, je m'attacherai

principalement aux dispositions qui diffèrent de celles de la loi de 1838, ou qui en sont le complément.

Dès le titre premier, nous rencontrons une disposition toute nouvelle et de la plus grande importance, dans le second paragraphe de l'article 3.

Ce second paragraphe de l'article 3 est ainsi conçu :

« Sous le rapport de la surveillance, est assimilée aux asiles privés toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement, du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

La commission du Sénat propose d'élargir encore cette nouvelle prescription de la loi, et d'étendre la surveillance officielle à l'aliéné traité dans sa famille, ou chez son tuteur.

Sous le régime de la législation actuelle, il est loisible aux parents ou au tuteur, ou même aux amis d'un aliéné, de le faire traiter dans son propre domicile, ou de l'installer dans une maison choisie à cet effet, avec un personnel approprié, sans avoir à faire aucune déclaration à l'autorité publique, et, par conséquent, sans être soumis à aucun contrôle judiciaire ou administratif.

Cette liberté absolue peut se justifier par des considérations de l'ordre le plus respectable.

Si parmi les maladies il en est que l'on croit n'avoir aucun intérêt à cacher et dont on parle ouvertement, parce qu'il est admis qu'elles ne créent aucune infériorité à ceux qui en sont atteints, il en est d'autres qui entraînent avec elles des conséquences physiques et morales sur lesquelles l'opinion publique a l'attention éveillée et porte des jugements, ou plutôt des arrêts, souvent aussi funestes que peu fondés. De là les précautions prises par les familles pour en cacher l'existence, ou tout au moins la nature et la gravité; de là également l'obligation imposée au médecin

d'observer le silence le plus complet sur les malades qu'il soigne.

De ces maladies que l'on cherche à tenir cachées, la folie est assurément celle pour laquelle on s'applique le plus à éviter la publicité, tant on redoute sa marque indélébile.

Est-ce agir avec une vraie et stricte honnêteté ?

En bonne morale, a-t-on le droit, dans les relations de société et de famille, de laisser ignorer rien de ce qui peut influer sur une détermination, ou modifier un projet ?

Incontestablement non ; mais, en matière de maladies, il est permis de se dire, pour se justifier, qu'il manque un élément de certitude mathématique, que les cas les plus analogues ne sont jamais complètement identiques, que les effets du mal ne seraient peut-être pas dans celui-ci ce qu'ils ont été ou ce qu'ils pourraient être dans celui-là, et la conscience finit par s'accorder avec les sentiments. Ces angoisses pour l'avenir d'un être chéri dominant même le chagrin de la maladie présente ; la maladie, on va la soigner, on la guérira, qui en pourrait douter ? mais, plus tard, si on savait ? Alors on loue un pavillon dans un jardin, le médecin est prêt, on se procure des gardiens, le malade est installé, et quand la crise sera passée, sans laisser de traces, il rentrera intact dans la vie ordinaire.

C'est ainsi que les choses ont lieu maintenant.

Quand le malade ne peut demeurer dans sa famille, si c'est un homme, on le met à la campagne ; si c'est une femme, ou surtout une jeune fille atteinte d'un de ces accès de folie passagère que l'on observe à l'âge de la puberté, on la place dans une maison religieuse où il existe de plus grandes garanties de surveillance.

Cet état de choses offre assurément de précieux avantages ; les soins donnés sont à la fois éclairés et affectueux ; tout est donc concilié, et si, au bien-être du malade, au respect de la réputation de son intelligence, on ajoute la satisfaction ressentie par la famille d'une tâche aussi heu-

reusement remplie, il semble que la loi n'ait nul besoin d'intervenir en semblables occurrences. Mais, hélas ! dans ce monde, il faut toujours compter avec les mauvaises passions.

Un être privé de raison peut devenir l'objet de coupables spéculations, d'odieuses convoitises, de la part de ceux-là mêmes qui lui devraient leur protection, et auxquels il est livré sans défense.

Tantôt ce sont des parents, tantôt d'anciens serviteurs devenus d'abord gens de confiance, puis les vrais maîtres de la maison, qui s'emparent du malheureux aliéné, du vieillard tombé en démence, qui établissent autour de lui un cercle infranchissable, disposent à leur gré de sa personne et de ses biens, et commettent une véritable séquestration que la loi a le devoir d'empêcher et de punir.

Nous approuvons donc, en principe, la disposition du nouveau projet de loi, qui rendra obligatoire pour les aliénés soignés en dehors des asiles, comme pour ceux qui y sont internés, la surveillance protectrice de l'autorité publique.

Nous y voyons des garanties équitables, dont l'application pourra d'ailleurs n'être ni trop difficile, ni vexatoire, si on est animé de part et d'autre d'intentions conciliantes, si on réussit à simplifier la procédure et si on ne touche que d'une main délicate et respectueuse aux sentiments les plus intimes du cœur humain.

Ce n'est pas à nous, simples médecins, qu'il appartient d'en réglementer l'application ; c'est aux médecins législateurs que revient cette charge, et par la lecture que nous a faite récemment notre très honoré confrère, le D<sup>r</sup> Foville, inspecteur général du service des aliénés, vous avez pu juger de l'intelligence, du soin, de l'attention, qu'il a apportés à l'étude de cette grave question, de concert avec les membres de la commission du Sénat ; nous pouvons donc attendre un bon résultat de tous ces efforts unis dans la même pensée du bien.

Il est encore un autre moyen pour les familles d'échapper à la publicité relative du traitement dans l'asile; c'est de placer l'aliéné à l'étranger. Il nous semblerait utile d'ajouter au projet de loi un article prescrivant que, dans ce cas, le certificat d'admission dût être délivré par un médecin français et transmis au procureur de la République de la résidence de l'aliéné, avec l'indication de l'asile dans lequel celui-ci sera placé.

Des autres articles du titre premier, qui sont d'ordre administratif, nous mentionnerons l'article 8 et l'article 12.

Dans l'article 8, il est dit que le ministre de l'intérieur pourra toujours ordonner la réunion des fonctions de directeur avec celles de médecin. Cette réunion des fonctions de directeur et de médecin dans les mêmes mains a des partisans et des adversaires.

Nous ne discuterons pas longuement les arguments en faveur de l'une ou l'autre thèse; nous nous bornerons à envisager la question au point de vue de l'intérêt des malades.

Or, il est incontestable que les malades doivent être mieux soignés dans un établissement où il y a unité de direction, et, comme; à nos yeux, le médecin doit avoir l'autorité suprême dans l'asile, nous estimons qu'il y a tout avantage pour le bien du service à ce que le médecin soit en même temps le directeur, et qu'ainsi soient rendus impossibles les conflits trop fréquents entre les deux autorités dont les tendances sont parfois en opposition les unes avec les autres, et dont l'antagonisme crée des tiraillements préjudiciables au traitement des malades et au bon ordre de l'asile.

L'article 12 énumère tous les magistrats et fonctionnaires chargés de l'inspection des asiles publics ou privés, fixe le nombre des visites auxquelles ils seront astreints, et il assimile, sous le rapport de la surveillance, aux asiles pu-

blics et privés, toute maison où un aliéné est traité, même seul. Dans ce dernier cas, l'inspection nous paraîtrait devoir être uniquement confiée au procureur de la République, et nous demanderions aussi que l'on restreignit le nombre des personnages officiels auxquels le projet de loi donne la charge ou l'autorisation d'inspecter les asiles. Ne doit-on pas craindre, en effet, que la dignité du médecin ne soit incessamment froissée par ces visites multipliées et inquisitoriales, manifestement inspirées par le manque de confiance en son aptitude ou son honnêteté ? car c'est ainsi qu'elles seront certainement interprétées par tout le personnel de l'asile, et elles feront constamment échec à son autorité morale. Mais sans trop insister sur ce point, il est de notre devoir de dire que la tranquillité des malades en sera profondément troublée, et nous l'affirmons, en nous appuyant sur l'expérience des effets produits par les visites officielles, telles qu'elles ont lieu aujourd'hui, et qui, bien que beaucoup moins nombreuses, sont cependant une cause d'émotion peu salubre.

Nous arrivons maintenant au titre II, dont les deux premières sections traitent des placements faits dans les asiles d'aliénés, placements dits *volontaires*, c'est-à-dire faits par la volonté de parents ou d'amis, placements dits *d'office*, c'est-à-dire ordonnés par l'autorité publique.

C'est ici que se trouve, suivant les propres termes de l'exposé des motifs, l'innovation essentielle du projet de loi, et qu'éclate la préoccupation dominante de ses inspirateurs, c'est-à-dire l'intention formelle de faire intervenir le plus possible l'autorité judiciaire dans le placement des aliénés, parce que ce placement, indispensable comme moyen de traitement, entraîne la privation, si courte soit-elle, de la liberté individuelle.

Cette préoccupation était si vive, qu'il a fallu aux médecins, membres de la commission, une grande énergie pour obtenir, dans l'intérêt des malades, que l'interven-

tion de la justice ne précédât pas le placement dans l'asile, et ne s'exerçât qu'après.

Cette victoire est d'une importance capitale. Examinons maintenant à quelles conditions elle a été remportée.

Avec la loi de 1838, le certificat d'un seul médecin était suffisant pour l'admission d'un aliéné dans l'asile.

Avec la loi nouvelle, il faudra un certificat signé de deux médecins, ou deux certificats séparés signés chacun d'un médecin.

Dans certains cas, cette obligation d'être muni de l'avis de deux médecins offrira de réelles difficultés, par exemple dans les localités où il n'y a qu'un médecin, et lorsqu'il faudra aller en quérir un second à une distance plus ou moins longue, comme encore lorsqu'il s'agira de gens peu fortunés ne pouvant payer d'honoraires, et qui, obligés de frapper à deux portes, ne seraient pas accueillis avec une charité égale à l'une et à l'autre ; n'est-il pas à craindre aussi que ces obligations nouvelles ne créent chez nous des abus qui existent dans un pays voisin auquel le projet de loi emprunte cette innovation, et qu'il ne se forme une classe de médecins dont la fonction consistera à donner cette seconde signature sur la remise d'honoraires et sans autre peine que celle de signer un certificat déjà signé par un confrère, un peu à la façon de ce qui se passe entre notaires, qui sont censés être toujours deux à instrumenter ?

Nous ne voulons que signaler en passant ce danger auquel il serait peut-être possible d'obvier par un article additionnel, où serait indiqué dans quelles conditions de situation professionnelle devraient être les médecins dont on pourrait demander l'avis, à titre de consultants, car ce serait une véritable consultation entre le médecin du malade à qui l'initiative appartient naturellement et le second médecin appelé par lui ou par la famille.

N'en faudrait-il pas également un pour faciliter les ad-

missions dans les cas urgents? car, malgré le silence du projet de loi à ce sujet, nous considérons comme tout à fait nécessaire qu'on puisse pourvoir au plus pressé en internant le malade, même avec un seul certificat médical, sauf à appeler, aussitôt après l'entrée, un médecin étranger à l'établissement, à lui demander de constater l'état du malade et à lui faire délivrer le second certificat exigé par la loi.

Nous devons demander aussi une clause spéciale pour le cas qui n'est pas extrêmement rare d'un malade venant de lui-même, et sans être accompagné d'un parent ou d'un ami, demander à être admis dans l'asile parce qu'il sent que sa raison se trouble, qu'il n'est plus complètement maître de lui-même, et qu'il a besoin de protection et de surveillance contre ses impulsions délirantes.

Ici encore le médecin ne doit-il pas être autorisé à recevoir d'abord le malade, sauf à faire constater son état mental aussi promptement que possible et conformément aux prescriptions légales?

Cette question, toute d'humanité, ne nous semble pas pouvoir être résolue dans un autre sens.

Sous ces réserves, nous admettons le double certificat d'admission, et nous approuvons absolument les recommandations faites aux médecins d'affirmer qu'ils ont vu eux-mêmes le malade à une date récente et d'exposer avec détails les symptômes et les phases de la maladie, ainsi que les motifs qui rendent l'internement nécessaire.

Nous voudrions que l'on ajoutât : « En insistant principalement sur la nécessité d'une surveillance rigoureuse, en cas de tendance au suicide ou à l'homicide. »

C'est pour bien indiquer le développement à donner à ce document que, dans le projet de loi, le mot *rapport* a été substitué au mot *certificat*, et en ajoutant *adressé au procureur de la République*, on a voulu rendre palpable la nécessité du recours à la justice.



Voilà l'aliéné entré dans l'asile. Aujourd'hui, avec la loi actuelle, le médecin de l'établissement fait un certificat qu'il adresse aussitôt, avec le bulletin d'entrée, à la préfecture. S'il s'agit d'un asile privé, un médecin-inspecteur vient constater l'état du malade ainsi que la légitimité du placement, et fait un rapport au préfet, concluant à la nécessité de maintenir le malade ou à la possibilité de lui rendre la liberté.

Le placement est alors immédiatement définitif.

A l'avenir, si le projet de loi n'est pas modifié, le placement ne sera d'abord que provisoire; le malade devra être placé dans un quartier d'observation séparé des autres parties de l'établissement, et dans les vingt-quatre heures qui suivent, le directeur devra adresser le bulletin d'entrée, accompagné de la copie des rapports médicaux d'admission, du certificat du médecin de l'asile dit de vingt-quatre heures : 1° au préfet du département où l'établissement est situé; 2° au procureur de la République de l'arrondissement du domicile de la personne placée; 3° au procureur de la République de l'arrondissement où l'établissement est situé.

La visite faite actuellement par le médecin-inspecteur sera dorénavant remplacée par la visite du procureur de la République, lequel, dans les trois jours de la réception des pièces, sera tenu de se rendre dans l'établissement, assisté d'un docteur en médecine choisi par lui, et d'y interroger la personne placée. S'il le juge nécessaire, il procède ou fait procéder à une enquête sur sa situation de famille, sur ses antécédents, sur les circonstances d'où est résultée la nécessité du placement. Il adresse ensuite, à bref délai, ses réquisitions écrites à la chambre du conseil qui statue d'urgence sur le maintien à titre définitif ou la sortie de la personne placée. La décision de la chambre du conseil sera notifiée sur-le-champ au préfet et au directeur de l'établissement. Cette notification aura lieu, dans

tous les cas, avant l'expiration d'un mois, à partir du placement provisoire.

Ainsi, pendant un espace de temps qui pourra être d'un mois, le placement ne sera que provisoire, et il ne deviendra définitif qu'après l'accomplissement de toutes les mesures ci-dessus énoncées.

A MM. les magistrats du parquet nous laissons le soin de donner leur opinion, non sur le surcroît de travail que leur imposera la nouvelle loi, on ne saurait douter de leur zèle et de leur dévouement, mais sur la possibilité matérielle de remplir leurs nouveaux devoirs. Il y a dans des pays, sans chemins de fer, des asiles situés à 20, 25 et 30 kilomètres du siège du tribunal, et où, pour la plupart, le nombre des admissions annuelles est considérable. On peut se représenter la fréquence et la longueur des déplacements et des visites, puisque dorénavant, comme nous le verrons bientôt, les placements d'office, de beaucoup les plus nombreux, seront soumis, eux aussi, aux constatations judiciaires consécutives à l'entrée du malade dans l'asile. De plus, le magistrat ne sera pas seul; il devra être accompagné par un médecin. Celui-ci ne pourra pas être, au point de vue de l'autorité de ses avis, un praticien novice, libre de son temps par manque de clientèle; on devra nécessairement choisir un homme d'expérience, ayant acquis de la notoriété et une situation; comment, déjà surchargé d'occupations, pourra-t-il en accepter d'autres qui absorberaient à elles seules presque toutes ses journées?

A Paris et dans les grandes villes, le procureur de la République ne sera pas embarrassé pour trouver des médecins compétents, médecins des hôpitaux, membres de l'Académie, médecins-inspecteurs des préfectures, mais pour un certain nombre de localités et d'asiles, on se heurtera à de grandes difficultés pratiques. Nous devons aussi mentionner incidemment l'augmentation sérieuse de

dépenses créée par ce nouveau mode d'inspection, tant pour l'État que pour les départements.

Mais c'est sur d'autres points que nous insisterons davantage, en restant toujours sur le terrain de la médecine.

Il est dit que les malades, à leur entrée, seront placés dans des quartiers d'observation, séparés des autres parties de l'établissement. Le placement n'étant fait qu'à titre provisoire, l'installation matérielle doit aussi n'être que provisoire; c'est logique. Pour que la loi fût exécutée strictement, il faudrait donc qu'il y eût dans chaque asile un autre asile de proportions moindres, mais contenant les mêmes divisions d'hommes et de femmes, de tranquilles et d'agités, de paralytiques, de déments, etc., avec des services généraux à son usage exclusif; car, ne l'oublions pas, le provisoire pourra durer un mois, et il est impossible que, pendant un laps de temps aussi long, les malades ne soient pas logés conformément à leur état, et entourés de tous les moyens de traitement qui sont surtout nécessaires et efficaces dans la période aiguë du mal. Nous ne nions pas qu'on ne puisse réaliser cet asile en miniature dans l'enceinte d'un grand asile; mais nous estimons que ce sera impossible pour les petits asiles, publics ou privés.

Ce n'est pas que nous contestions qu'il puisse y avoir parfois avantage à ce que les-nouveaux arrivants ne soient pas introduits immédiatement parmi les autres malades; nous affirmons toutefois qu'à envisager exclusivement l'intérêt des malades, ce n'est qu'exceptionnellement que cette installation provisoire sera réellement utile, et que le plus habituellement, l'aliéné n'éprouve aucune émotion pénible ou dangereuse en se voyant transporté au milieu d'autres aliénés. Le premier effet produit est, au contraire, presque toujours le retour momentané à une lucidité et à un calme relatifs; voilà ce qu'enseigne l'expérience, comme elle apprend aussi que la solitude est souvent moins bien supportée que la vie en commun; or, dans l'asile provi-

soire, il arriverait souvent qu'une division ne renfermerait qu'un ou deux hôtes. Tout en reconnaissant donc l'utilité possible de l'installation provisoire dans certains cas, nous trouvons que la prescription de la loi, telle qu'elle est formulée, est beaucoup trop absolue, et que le législateur devrait se borner à recommander que les malades entrants ne soient pas mis au contact des autres malades, lorsque ce contact pourrait offrir des inconvénients, ou qu'il peut y avoir un doute sur l'état mental du nouvel arrivant. C'est ainsi, d'ailleurs, que cela se pratique actuellement, sans que ce soit une obligation légale, et nous pensons qu'un pavillon dit d'admission, séparé en deux parties, pour les hommes et les femmes, renfermant quelques chambres et deux promenoirs, serait suffisant pour satisfaire à la loi, dans les cas où cette prescription offrirait des avantages.

Et d'ailleurs à bien envisager les choses, le malade placé à titre provisoire en sera-t-il moins interné dans un asile d'aliénés? en sera-t-il moins privé de sa liberté? S'il n'est pas entouré d'autres aliénés, s'il n'a pas sous les yeux la preuve matérielle qu'il est dans une maison de fous, cette preuve en sera-t-elle moins faite pour lui du moment où il demandera à sortir, à retourner chez lui, et où on le lui refusera? En même temps, ne sera-t-il pas inscrit comme étant atteint d'aliénation mentale? Que ce soit à titre provisoire ou à titre définitif, qu'importe? Il en a dès à présent la marque ineffaçable, car, en supposant que le placement ne soit pas maintenu, il n'en a pas moins été effectué; s'il arrive que les constatations judiciaires établissent à la fois que le placement a été légitime et qu'il n'est pas nécessaire de le maintenir, quel bénéfice en retirera le malade? S'il se présentait, il est vrai, que le placement fût reconnu arbitraire et non justifié, ce qui n'a pas eu lieu une seule fois sous le régime de la loi de 1838, le malade pourrait porter une plainte en séquestration arbitraire; mais cette faculté, il l'a maintenant; dès la première minute de son entrée

dans l'asile, il a le droit, toujours respecté par les chefs d'établissement, d'écrire à toutes les autorités judiciaires et administratives; en quelques heures, en un jour au plus, sa réclamation est parvenue à qui de droit, et on peut immédiatement envoyer la contrôler. Avec le régime à venir, un délai de trois jours est accordé au magistrat pour faire sa visite; il y aurait donc plus de lenteur avec le nouveau système qu'avec l'ancien, sans qu'il nous apparaisse que la procédure proposée soit préférable à celle qu'elle doit remplacer.

Enfin, si, comme nous n'en doutons pas, l'article 45 est maintenu dans son principe essentiel, nous ne bornerons pas là nos observations; nous demanderons des modifications très importantes qui en atténueraient les inconvénients.

Ainsi, nous voudrions que le procureur de la République, lors de la visite qu'il fait à un malade entrant, fût autorisé, dans le cas où il serait complètement édifié sur la nécessité de maintenir le placement, à le déclarer immédiatement définitif, sauf à en référer ensuite à la chambre du conseil. Ce serait un moyen d'éviter les inconvénients d'un état provisoire prolongé, car ce serait de beaucoup le cas le plus habituel.

Nous trouverions également qu'il serait plus équitable, sauf les cas où une enquête serait jugée nécessaire, de n'informer le procureur de la République de l'arrondissement de la résidence de l'aliéné que lorsque le placement serait définitif, afin d'épargner à l'aliéné placé provisoirement et non maintenu, la publicité, si restreinte fût-elle, qui pourrait lui nuire dans son pays.

Quant à la latitude d'un mois accordée à la chambre du conseil pour statuer sur le maintien à titre définitif ou la sortie de la personne placée, elle nous paraît excessive, et nous voudrions qu'elle fût réduite à quinze jours.

Quelle sera, en effet, la situation civile de l'aliéné pendant

cette période provisoire? S'il était à la tête d'une grande industrie, s'il avait la gestion et la responsabilité d'intérêts considérables, peut-être plus encore, s'il avait seul la direction d'une maison modeste dont les profits subvenaient étroitement aux besoins de sa famille, le privera-t-on immédiatement de tous ses droits, alors qu'il pourrait les recouvrer quelques jours plus tard dans le cas de sa mise en liberté? Introduira-t-on pour une ou deux semaines, ou même moins, un étranger dans la connaissance et l'administration de ses affaires? Et cependant, étant placé dans un asile d'aliénés, il ne pourra valablement signer un acte quelconque, donner une procuration, veiller à sa fortune et aux intérêts qui lui sont confiés.

Ce sont là, il nous semble, des arguments qui ne sont pas sans valeur à l'appui des modifications que nous réclamons dans la procédure nécessaire pour rendre définitif le placement provisoire.

Les autres articles de cette première section du titre II exposent les diverses formalités exigées pour la sortie de l'aliéné de l'asile. Nous ne traiterons cette question de la sortie qu'après avoir examiné les modes de placement autres que les placements volontaires; nous éviterons ainsi des répétitions, et l'exposé y gagnera en clarté.

Nous passons donc tout de suite à l'examen de la section II, qui traite des *placements ordonnés par l'autorité publique*. Nous trouvons ici quelques modifications importantes et heureuses à l'état de choses actuel.

Les arrêtés de placement pris par les préfets devront recevoir leur exécution dans un délai de quinze jours, et les malades, déposés provisoirement dans les hôpitaux et hospices civils ordinaires, ne devront pas y séjourner plus de deux semaines, à moins d'un cas de force majeure, pour lequel il faudra demander une autorisation motivée du préfet.

Ces dispositions ont pour but d'assurer aux aliénés, dans

le plus bref délai possible, les soins spéciaux que réclame leur état.

D'après la loi de 1838, les préfets peuvent ordonner d'office le placement dans un établissement d'aliénés de tout individu dont l'état d'aliénation *compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes*. Le projet de loi ajoute : *ou sa propre sûreté*.

C'est là une excellente innovation, inspirée par le sentiment de l'humanité et de l'intérêt du malade ; nous ne saurions trop l'approuver ; mais nous voudrions aussi que dans tous les départements, un aliéné indigent puisse être placé par arrêté du préfet, alors même que son état mental ne compromettrait ni l'ordre public, ni la sûreté des personnes, ni sa propre sûreté, sans que le conseil général y mit obstacle.

A ce propos, nous devons dire qu'à Paris, depuis quelque temps, et sur l'initiative du conseil municipal, un indigent peut ainsi être interné avec les simples formalités du placement volontaire, et être conduit directement à l'asile, sans avoir à subir, ce qui est toujours pénible et même quelquefois dangereux, l'enquête préalable du commissaire de police, et surtout le passage par l'infirmerie du dépôt. Il est, en effet, des malades qui souffrent cruellement de la nécessité de l'intervention de la police, et quand les malades ne sont pas susceptibles d'en être émus, ce sont les familles dont les sentiments en sont froissés.

Il est encore une autre innovation que nous désirerions. Nous pensons qu'il serait très utile qu'un individu atteint d'aliénation mentale pût, lui aussi, être placé d'office, lorsqu'il commet des actes contraires à la décence publique. En effet, un idiot, un imbécile, un dément, peut ne s'être manifesté dangereux ni pour la sécurité publique ni pour sa propre sûreté, au point de vue d'actes de violence, mais n'en être pas moins dangereux à cause de ses impulsions instinctives à la salacité et l'érotisme, et du cynisme de

sa tenue et de son langage. On pourra nous objecter que, dans ce cas, il sera arrêté, poursuivi sous l'inculpation d'outrage public à la pudeur, et alors, interné comme aliéné dans un asile. Mais, d'une part, s'il s'agit d'un aliéné reconnu comme tel par tout son voisinage, on usera envers lui d'une grande indulgence, on ne songera pas à le traiter comme s'il était raisonnable et responsable, et, d'un autre côté, si les actes deviennent tels qu'il faille y mettre fin, pourquoi infliger à un irresponsable et à sa famille le déshonneur d'une poursuite judiciaire ?

Pour le cas de danger imminent, l'article 49 de la loi de 1838 n'était pas suffisamment explicite. En spécifiant que l'aliéné pourra être envoyé directement à l'asile sur l'ordre du maire ou du commissaire de police, sauf à en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, le projet de loi établit, au grand avantage du malade, que son placement aura lieu immédiatement, tandis que maintenant, dans certains départements, les asiles ne sont autorisés à l'admettre que sur le vu de l'ordre du préfet, ce qui peut entraîner un délai plein de périls.

Enfin, et c'est là une prescription aussi capitale qu'elle est logique, étant donnée la préoccupation principale qui l'a inspirée, le projet de loi ordonne que les placements d'office ne seront d'abord que provisoires et qu'ils ne deviendront définitifs, ainsi que les placements volontaires, qu'après avoir été l'objet de l'examen du procureur de la République et de la décision de la chambre du conseil.

Cette prescription n'est pas seulement logique de la part des auteurs du projet de loi ; nous pensons qu'elle a pu aussi leur être indiquée par ce fait que presque tous les placements qui ont donné lieu à des réclamations, à des procès, et qui ont ainsi, peu à peu, ému, et nous disons, nous, égaré l'opinion publique, étaient des *placements d'office*. On attaquait le gouvernement et l'administration, on leur reprochait, à tort, suivant nous, d'obéir à des con-



sidérations politiques, de recouvrir du masque de la folie des actes et des paroles dont on avait intérêt à nier la vérité, de soustraire ainsi au contrôle de la justice des faits que seule elle avait le pouvoir de juger. Désormais, ces attaques et ces reproches n'auront plus de prétexte, et l'intervention nécessaire des tribunaux fera cesser, espérons-le, des inquiétudes aussi ardentes qu'elles étaient peu fondées.

Nous voici arrivés à la section III : Des condamnés devenus aliénés et des aliénés dits criminels.

Commençons par déclarer combien nous regrettons ce rapprochement des mots *aliénés* et *criminels*, rapprochement dont l'impropriété est très peu diminuée par le correctif *dits* qui les sépare l'un de l'autre. Il nous faut cependant employer cette expression, d'abord parce qu'elle est entrée dans l'usage, et ensuite parce qu'il faudrait la remplacer par une longue phrase ; acceptons-la donc pour la vertu de sa brièveté et la commodité de son emploi.

Cette section III renferme les articles 32, 33 et 34.

L'article 32 est ainsi conçu :

« Les condamnés à des peines afflictives et infamantes qui donnent des signes d'aliénation mentale pendant leur emprisonnement sont conduits dans des quartiers spéciaux d'aliénés annexés à des établissements pénitentiaires. »

Cet article consacre légalement l'existence d'un quartier de ce genre encore unique, qui a été annexé en 1876 à la maison centrale de Gaillon, et permet d'en construire d'autres, selon les besoins. Ce quartier, dont la création a été très heureuse, rend de réels services. Lorsque ces aliénés sont guéris avant l'expiration de leur peine, ils sont reconduits en prison ; lorsqu'ils sont encore malades à ce moment, ils sont transférés d'abord dans l'asile d'Evreux, d'où ils sont ensuite dirigés sur l'asile du département où ils ont leur domicile de secours.

Il y aura lieu d'examiner s'il ne serait pas mieux de les

placer dans un des asiles que l'Etat se propose de construire pour les aliénés dits criminels. C'est dans ce dernier sens, suivant nous, que la question devrait être résolue, parce que l'expérience a démontré que ces aliénés sont les plus dangereux de tous au point de vue de leur contact avec les autres aliénés de l'asile, et qu'ils doivent être soumis à une surveillance et à un régime exceptionnellement sévères, même plus sévères que pour l'autre classe d'aliénés dits criminels, ainsi que nous l'établirons tout à l'heure.

Examinons maintenant et successivement les dispositions de l'article 33 :

« Les aliénés dits criminels sont ainsi classés : 1<sup>o</sup> Tout accusé que la chambre des mises en accusation n'aura pas renvoyé devant la cour d'assises parce qu'elle l'aura considéré comme irresponsable par suite de son état mental ;

« 2<sup>o</sup> Tout inculpé poursuivi pour délit qui aura été relaxé ou qui aura été l'objet d'une ordonnance de non-lieu, comme irresponsable à cause de son état mental. »

Il y a dans ce texte des lacunes importantes qu'il est nécessaire de relever et que nous allons énumérer.

Le paragraphe 2 de l'article 33 ne vise que l'inculpé poursuivi pour *délits* ; il faudrait ajouter l'inculpé poursuivi pour *actes qualifiés crimes*, car, quelle que soit la nature de l'inculpation, le juge d'instruction est autorisé par le code à rendre une ordonnance de non-lieu, et n'est pas tenu, en cas d'inculpation de crime, à soumettre le dossier à la chambre des mises en accusation ; l'inculpé de faits qualifiés crimes peut donc ne pas dépasser le cabinet de l'instruction, lorsque, sur le rapport de médecins experts, il a été reconnu aliéné et irresponsable ; le paragraphe 2 lui est donc applicable.

Il est un autre cas plus compliqué qui se présente également.

Un individu inculpé de faits qualifiés crimes a été reconnu responsable par le juge d'instruction et par la cham-

bre des mises en accusation. Il comparait comme accusé devant la cour d'assises. Au cours des débats, il est plaidé que l'accusé était aliéné au moment où il a commis les actes pour lesquels il a été arrêté et poursuivi; le ministère public peut être ou ne pas être d'accord avec la défense; quoi qu'il en soit, le jury acquitte. Mais le jury n'a pas à déclarer que, s'il a acquitté l'accusé, c'est parce qu'il l'a reconnu aliéné et irresponsable, et la loi exige que l'accusé acquitté soit mis immédiatement en liberté s'il n'est retenu pour *autres causes*; par *autres causes*, la loi entend une autre inculpation dont l'accusé pourrait être simultanément l'objet, et on ne pourrait étendre cette restriction au fait que l'accusé est atteint d'aliénation mentale. Qu'est-ce qui le prouve, en effet, scientifiquement? Un rapport d'experts qui concluait à la folie et dont les conclusions n'auraient été acceptées ni par M. le juge d'instruction, ni par la chambre des mises en accusation. Le cas peut se présenter, mais ce serait bien exceptionnellement, et ce qui est l'ordinaire, c'est que l'inculpé a paru aux magistrats assez sain d'esprit pour être considéré comme responsable, et alors, il n'y a pas eu d'expertise. Il peut arriver aussi que le trouble mental de l'accusé, obscur et incertain au moment de l'instruction, se soit aggravé pendant la durée quelquefois longue de la prévention, et soit devenu assez clair pour ne plus laisser de doute possible lors de la comparution devant les assises. En définitive, il existe une forte présomption que l'accusé acquitté est un fou que l'on ne peut rendre à la liberté sans danger pour la sécurité publique, et qu'il est indispensable d'interner dans un asile. A qui appartiendra-t-il d'ordonner cette mesure? Le jury n'a aucune qualité pour intervenir. Le président de la cour d'assises, dans ce cas, ne peut qu'ordonner la mise en liberté de l'accusé acquitté, et on voit quelles pourraient en être les terribles conséquences. Il faudrait donc que le projet de loi comblât cette lacune en conférant au prési-

dent des assises le droit d'ordonner une expertise médicale avant que l'accusé fût rendu à la liberté.

Si les experts concluaient à la nécessité du placement, la placement serait effectué avec la même procédure que pour les autres inculpés et accusés reconnus aliénés avant leur comparution devant la justice.

D'après ce même article 33, tous les inculpés et accusés reconnus aliénés sont mis à la disposition de l'autorité administrative qui, *après les vérifications nécessaires*, les fait placer, *s'il y a lieu*, dans un asile spécial.

Nous reconnaissons la nécessité de l'intervention de l'autorité administrative, parce que c'est à elle et non à l'autorité judiciaire qu'appartiennent les moyens d'exécution et le pouvoir d'ordonner les dépenses, mais nous voudrions qu'on mit quelques restrictions à son mode actuel d'application, dont nous allons montrer les inconvénients, avant d'en proposer un autre qui nous semblerait préférable, et qui rentrerait d'ailleurs dans l'esprit de la nouvelle loi.

C'est sur le rapport d'un ou de plusieurs médecins experts que la justice s'est dessaisie. Lorsque le rapport se borne à constater l'irresponsabilité de l'inculpé ou de l'accusé, sans conclure à son placement dans un asile d'aliénés, il est immédiatement rendu à la liberté; mais lorsque le rapport conclut à l'internement, il semblerait que le placement dût être fait sans aucun contrôle de l'autorité administrative qui, dans ce cas, est simplement chargée d'exécuter les décisions de la justice.

C'est ce qui a lieu à Paris, à la condition que le rapport, comme tout certificat à fin d'admission, n'ait pas plus de quinze jours de date; mais, le plus habituellement, il s'écoule plus de deux semaines entre le jour où le rapport est déposé et le jour où le placement doit avoir lieu. Or, dans ce cas, et aux termes de la loi, l'administration ne peut se servir d'un rapport dont la date est trop ancienne. Elle fait donc

procéder par un des médecins de la préfecture à un nouvel examen de l'individu à placer, et il arrive parfois que le résultat de ce second examen n'est pas conforme à celui fait par les experts. Qu'en résulte-t-il? C'est que l'inculpé ou l'accusé reconnu irresponsable et acquitté, n'est pas placé comme aliéné et est rendu à la liberté, ce qui constitue une situation dont chacun comprendra les inconvénients et les dangers, sans qu'il soit besoin d'y insister, et à laquelle il est indispensable de mettre fin.

Voici le remède que nous proposons. Le fait qu'il y a eu ordonnance de non-lieu ou acquittement implique que les conclusions des experts ont été adoptées. Pourquoi scinder ces conclusions, et déclarer que seule la question d'irresponsabilité est du ressort de la justice, tandis que la question de l'internement reste à la décision de l'administration?

Vous voulez que l'intervention de la justice soit indispensable pour le placement de l'aliéné; vous avez consenti à ce que, dans les cas ordinaires, cette intervention ne se produisit qu'après le placement, et pour ceux-là nous vous en remercions; mais, à notre tour, lorsqu'il s'agit d'inculpés ou d'accusés reconnus aliénés, c'est-à-dire d'aliénés dits criminels, nous vous demandons que la justice ne se borne pas à intervenir après le placement, mais qu'elle intervienne avant. Il y aura dans ces cas une double sanction du principe inspirateur de la loi, et cette double sanction sera des plus légitimes vis-à-vis d'individus qui appartiendraient à la justice s'ils n'étaient des malades atteints d'aliénation mentale.

Autant en effet, dans les cas ordinaires, il est précieux que cette intervention ne s'exerce qu'après le placement autant il est nécessaire et légitime qu'elle le précède, lorsqu'il s'agit d'aliénés dits criminels.

Si cette proposition était adoptée, le retour des faits fâcheux signalés plus haut ne serait plus possible, et on

éviterait en même temps toute possibilité de conflit entre le pouvoir judiciaire et l'administration.

Quant à la difficulté provenant de la date trop ancienne du rapport, rien ne serait plus facile que d'y parer. Il suffirait que les mêmes experts fussent chargés d'examiner de nouveau le prévenu, et, s'ils le trouvaient dans le même état que lors de leur premier examen, qu'ils délivrassent un certificat pour son admission dans un asile.

Demandons à ce propos qu'une copie du rapport soit jointe à l'ordre d'envoi dans l'asile d'un aliéné dit criminel ou considéré comme dangereux, afin que le médecin traitant soit informé, dans tous leurs détails, des faits commis par l'aliéné, et qu'il soit ainsi mis à même de prendre toutes les précautions dictées par la prudence.

Voici enfin l'article 34 qui propose une innovation de la plus grande importance, et, suivant nous, de la plus grande utilité.

Actuellement, les inculpés et accusés de délits et de crimes, reconnus aliénés et mis à la disposition de l'autorité administrative, sont placés dans les asiles ordinaires.

Il en résulte des inconvénients et des périls. On ne saurait contester que ces aliénés exigent une surveillance très rigoureuse, en raison même de la nature et des manifestations de leur folie. Or, personne n'ignore que, grâce aux méthodes modernes de traitement, et aux meilleures installations matérielles des établissements, les aliénés jouissent maintenant dans les asiles de beaucoup de liberté, au profit de leur bien-être et de leurs chances de guérison. Cette liberté ne saurait être accordée au même degré à ceux qui se sont montrés dangereux par leurs impulsions et leurs actes, et pour ne pas établir une distinction, très difficile d'ailleurs, entre malades du même asile, il faudrait la retirer à ceux qui en jouissent sans inconvénient. Il faut aussi tenir compte de la responsabilité que l'on assume vis-à-vis des familles et des malades en ne garantissant

pas ceux-ci, autant qu'on le peut, contre des actes de violence auxquels les expose un semblable contact.

Il est encore d'autres considérations d'ordre purement moral.

Ces différents points ont été longuement examinés. Nous ne reproduirons pas les discussions auxquelles ils ont donné lieu. Nous nous bornerons à déclarer que nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'État pour les aliénés dits criminels.

En cette occasion, nous n'avons qu'à imiter ce qui a été fait en Angleterre et en Amérique.

Suivant l'exemple de l'Irlande qui avait fondé dès 1850 l'asile de Drumdrum, le premier de ceux qui aient été consacrés aux aliénés dits criminels, l'Angleterre a créé à son tour en 1863 un asile d'État, Broadmoor, spécialement affecté aux aliénés dits criminels.

Il est dirigé depuis 1870 par M. le Dr Orange, médecin en chef, assisté de M. le Dr Nicolson. Construit pour recevoir 563 aliénés, sa population est presque toujours au complet pour les hommes ; du côté des femmes, il y a habituellement quelques vacances. L'ordre le plus absolu y règne ; même dans les quartiers d'agités, on entend peu de bruit ; d'aspect, il ressemble aux asiles ordinaires bien tenus ; la surveillance y est en quelque sorte dissimulée et elle s'exerce cependant de telle façon que les actes de violence, les évasions et les suicides y sont extrêmement rares. Il faut dire aussi, que les employés sont bien choisis, bien rétribués, qu'ils s'acquittent très bien de fonctions particulièrement délicates et dangereuses, non seulement parce qu'ils ont le sentiment du devoir, mais encore parce qu'ils sont largement récompensés de leurs peines et que leur avenir est assuré. Ce n'est que justice d'attribuer l'honneur de l'admirable fonctionnement de l'asile à MM. les Drs Orange et Nicolson, qui ne sont pas moins

exposés que le personnel sous leurs ordres, et dont la science est égale au dévouement et au courage (1).

Souhaitons donc, messieurs, que nous ayons bientôt en France notre Broadmoor.

Nous aurons encore à remercier nos voisins du profit que nous retirerons de leur expérience, et nous appliquerons dans la construction de notre asile d'État les améliorations dont leur exemple a démontré l'utilité.

Il en est une dont nous dirons tout de suite un mot ; c'est la nécessité de réserver dans l'asile un ou deux quartiers exclusivement destinés aux condamnés qui se sont manifestés aliénés pendant le temps de leur emprisonnement. Il a été dit plus haut que, de tous les aliénés, ce sont les plus indisciplinés et les plus dangereux ; aussi, avons-nous déjà réclamé leur placement dans l'asile d'État, lorsqu'à l'expiration de leur peine ils ne sont pas guéris, ou que, par les progrès du mal, ils ne sont pas tombés dans un état d'affaiblissement physique et intellectuel qui les rend inoffensifs. Il va sans dire, en effet, que, dans ce dernier cas, ils peuvent sans inconvénient être transférés dans un asile ordinaire. Quant aux aliénés qui, placés dans un asile ordinaire, y auraient commis un acte qualifié délit contre les personnes, nous ne pensons pas qu'on doive les conduire dans un asile d'État, ainsi que le propose l'alinéa 2 de l'article 34.

Nous partageons en cela, comme sur beaucoup d'autres points, l'opinion de M. le Dr Constans, qui a publié sur le projet de loi un travail critique où l'on trouve des observations d'une grande justesse et témoignant d'une expérience pratique du service des aliénés (2).

Il serait, en effet, excessif d'assimiler à un aliéné dit cri-

---

(1) Voyez dans les *Annales médico-psychologiques*, novembre 1884, l'article très intéressant et très instructif de notre confrère le docteur Motel, sur Broadmoor.

(2) *Annales médico-psychologiques*, novembre 1883. Aperçus



minel et de le traiter comme tel, un aliéné qui aurait donné un coup soit au médecin, soit à un gardien, soit à un de ses camarades de cour ou de dortoir. Les moyens de surveillance et de répression de l'asile ordinaire doivent suffire dans ces cas. Ce ne serait que lorsqu'il y aurait récidive ou aggravation dans les actes de violence contre les personnes, ou tentatives d'incendie, que l'on pourrait examiner s'il n'y aurait pas lieu de le transférer, avec les formalités légales, à l'asile d'Etat.

Cet asile spécial devra être exclusivement administré par l'Etat, et présenter de plus grandes garanties de sûreté qu'aucun autre, tant par son mode de construction que par la rigueur de la surveillance. Afin d'éviter les difficultés financières, et les réclamations possibles des conseils généraux, les départements ne verseront, pour ceux de leurs malades qui y seront placés, que le prix de journée payé par eux dans leur asile ordinaire, l'excédent de dépense étant supporté par l'Etat. Mais, pour que cette charge ne devienne pas trop lourde, et que la population de cet asile ne s'accroisse pas plus que de raison, ceux des aliénés qui, après y avoir fait un séjour plus ou moins long, seront devenus inoffensifs, pourront, à la suite d'une décision ministérielle motivée, être reconduits dans l'asile ordinaire de leur département.

Nous allons traiter maintenant la question de sortie de l'asile dans les différents cas qui peuvent se présenter, en nous arrêtant principalement sur ce qui concerne les aliénés qui se sont manifestés dangereux, alors même qu'ils n'auraient été l'objet d'aucune poursuite judiciaire, et les aliénés dits criminels.

Que le placement ait été volontaire ou d'office, un malade considéré comme guéri est rendu à la liberté, et il

---

critiques sur les derniers projets de modification à la loi du 30 juin 1838, par le docteur O. Constant, inspecteur général honoraire du service des aliénés.

peut même quitter l'asile sans être guéri, lorsque sa sortie est réclamée par une des personnes auxquelles la loi attribue ce pouvoir, et que la mise en liberté n'offre de dangers ni pour le malade lui-même ni pour la santé publique.

Si le médecin considère comme dangereux un malade dont la famille demande la sortie, il en réfère au préfet qui a le droit de transformer le placement volontaire en placement d'office, et alors la sortie ne peut plus avoir lieu qu'en vertu d'un arrêté préfectoral.

En outre, comme garantie fondamentale que la loi française seule met libéralement à la portée de tous, en vertu de l'article 41, toute personne retenue dans un asile d'aliénés peut s'adresser au tribunal pour demander sa sortie; cette demande peut également être adressée par un parent, un ami, le tuteur ou le curateur.

Le projet de loi donne à l'interdit le droit de présenter lui-même sa requête, sans l'intermédiaire de son tuteur, intermédiaire que la loi de 1838 exigeait, et c'est là une excellente innovation.

Examinons maintenant quelques cas spéciaux. Un malade dangereux, placé volontairement ou d'office, n'importe, réclame instamment sa sortie; le médecin de l'asile ne croit pas prudent de la lui accorder; le malade s'adresse au préfet, qui, après l'avoir fait examiner par un médecin de son administration et sur l'avis de ce dernier, ordonne la sortie, contrairement à l'avis du médecin de l'asile. Nous pensons que cet état de choses devrait être modifié, parce qu'il en résulte de graves dangers, et nous voudrions qu'en pareil cas le renvoi à l'examen de la chambre du conseil (art. 41) fût obligatoire.

Une autre situation peut se présenter : le médecin ne constate plus de symptômes actuels de folie chez un malade qui s'est manifesté dangereux: il semblerait qu'aux termes de la loi, il ne devrait pas le conserver dans l'asile.

Cependant il est convaincu que cet aliéné, une fois libre, retombera malade et sera de nouveau dangereux pour lui-même ou pour autrui. Que faire? C'est la question de suspicion légitime de rechute qui a été longuement discutée devant le Congrès international de médecine mentale de 1878, et qui a été traitée de nouveau par notre honorable collègue, M. le D<sup>r</sup> Billod, dans sa très intéressante communication faite à l'Académie le 4<sup>er</sup> mai dernier.

Nous reconnaissons qu'il y a là une difficulté importante que la loi n'a pas prévue, et que M. le D<sup>r</sup> Billod a rendu un véritable service en la rappelant. Nous pensons d'ailleurs qu'il est facile de la résoudre.

Naturellement le tribunal sera saisi. M. le D<sup>r</sup> Billod s'émeut à la pensée que la responsabilité du médecin étant reportée au juge, si celui-ci ordonne que l'aliéné déclaré guéri sera maintenu dans l'asile, ce sera le juge chargé de faire exécuter la loi qui la violera. Ce scrupule est assurément des plus honorables, mais il suffit, pour dégager la responsabilité de la justice, d'ajouter à la loi un paragraphe inspiré par la formule qui, sur la proposition de M. Barbier, actuellement procureur général près la Cour de cassation, a été adoptée à l'unanimité par le Congrès de 1878 (1).

D'après cette formule, lorsque la sortie d'un aliéné dit criminel est demandée pour cause de guérison, s'il est reconnu que cet individu est légitimement suspect de rechute, il doit être sursis de droit à sa sortie; du reste, peut-on véritablement appeler guéri un aliéné qui, presque certainement, dès sa sortie de l'asile, commettra des actes insensés et nuisibles? Il nous semble que le médecin peut non seulement être en paix avec sa conscience, mais qu'il

---

(1) *Compte rendu du congrès international de médecine mentale tenu à Paris du 5 au 10 août 1878* (Paris, Imprimerie nationale, p. 267).

peut même s'attribuer le mérite de servir tout à la fois le malade, sa famille et la société.

- Nous ne saurions, à ce propos, trop insister sur la scrupuleuse réserve avec laquelle les médecins devraient autoriser la sortie des aliénés que la forme de leur délire, la nature de leurs impulsions signalent comme plus particulièrement dangereux.

A Dieu ne plaise que nous taxions nos confrères, médecins des asiles, d'inattention ou de négligence ! Nous savons, d'une part, combien l'état de certains malades est difficile à bien apprécier, combien cet état est modifié par le séjour dans l'asile, combien la tenue et le langage peuvent être en désaccord avec la véritable disposition de l'esprit ; nous savons aussi de quelles ruses habiles se servent ces malades, de quelles pénibles instances ils obsèdent les médecins, et nous comprenons qu'après avoir longtemps résisté, on finisse par céder à leurs prières ; mais c'est précisément pour parer aux conséquences d'une faiblesse presque inévitable que, suivant nous, les médecins d'asiles devraient être déchargés de la responsabilité de décider seuls du sort de ces malades. Il n'y aurait pas là une atteinte portée à leur autorité morale ; ce serait une simple prescription légale qu'ils accepteraient, nous n'en doutons pas, avec empressement, parce qu'elle assurerait à la fois leur tranquillité et celle des malades qui, ne voyant plus en eux les arbitres de leur destinée, renonceraient à leurs quotidiennes récriminations et réclamations.

Si nous demandons que pour ces aliénés le médecin de l'asile n'ait plus seul le droit d'autoriser leur sortie, et que la loi lui impose l'obligation d'en référer à la justice, combien ne le demanderons-nous pas davantage encore pour les aliénés dits criminels !

La folie est une maladie dans laquelle les rechutes sont extrêmement fréquentes, en admettant même que

dans l'intervalle des accès la raison redevienne absolument intacte.

Un aliéné qui, au cours d'un accès, aura commis une tentative de meurtre ou accompli un meurtre, est donc exposé, s'il est atteint d'un autre accès, à commettre de nouveaux actes semblables. Cette éventualité devient presque une certitude s'il s'agit d'un épileptique ou d'un alcoolisé. On est donc toujours en présence d'un être éminemment dangereux, même pendant les périodes où la lucidité semble être complète. A envisager cette situation au point de vue de la froide raison et de l'intérêt public, on serait autorisé à penser que la société a le droit de maintenir dans une séquestration perpétuelle le malade qui, libre, est une cause permanente de danger.

D'ailleurs, à l'appui de cette manière de voir, ne pourrait-on pas invoquer l'opinion d'Esquirol qui s'exprime ainsi dans son *Traité des maladies mentales* (t. II, p. 106) : « Les monomaniaques homicides qui ont accompli leur tentative rarement guérissent ; je n'en ai vu aucun ayant consommé un homicide qui ait recouvré la raison. »

C'est du côté de cette opinion que nous inclinons de préférence ; toutefois, nous ne faisons pas difficulté d'avouer qu'elle est peut-être par trop absolue. Aussi ne demandons-nous pas la séquestration perpétuelle pour les aliénés dits criminels qui n'existe d'ailleurs pas en Angleterre, ainsi qu'on le croit à tort, puisque chaque année il sort quelques malades de Broadmoor, mais nous désirons au moins que leur sortie de l'asile soit entourée des précautions et l'objet des mesures de la prudence la plus vigilante, afin que, dans le cas d'un malheur, on puisse au moins se rendre ce témoignage que tout ce qui était humainement possible a été fait pour l'empêcher. Nous approuvons donc complètement la disposition du projet de loi (paragraphe 2 de l'article 33) en vertu de laquelle tous les aliénés dits criminels ne pourront être mis en liberté que sur une déci-

sion de la chambre du conseil, et nous ajoutons qu'il en devra être de même pour les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, ces aliénés étant autant, sinon plus dangereux que ceux dits criminels.

Sans craindre qu'on nous reproche d'être trop exigeants, nous demanderons même davantage. Nous sommes tellement émus des catastrophes si fréquentes et si terribles causées par ces aliénés, nous sentons si intimement notre devoir de médecins de les prévenir en y appliquant tous nos soins et toutes nos études, que cette procédure nouvelle, déjà si rassurante, nous semblerait devoir être encore renforcée par l'intervention de l'autorité administrative, dans la forme que nous exposerons tout à l'heure, et à l'endroit de ce travail où nous émettrons le vœu d'une organisation plus large du service des aliénés en France.

Mais avant d'aborder ce sujet, nous dirons d'abord quelques mots de l'article 42 qui propose d'autoriser et de régulariser les congés temporaires et les sorties provisoires à titre d'essai. Ce sont là deux questions différentes qui ne doivent pas être confondues.

En théorie, nous ne sommes partisans ni des congés temporaires, sauf très exceptionnellement, ni des sorties provisoires à titre d'essai.

Pour ce qui est des congés temporaires, nous ne nions pas que pour certains malades, en petit nombre, ils ne puissent présenter quelques avantages, mais nous pensons que le plus souvent ils offrent plus de mauvais que de bons côtés.

Nous en dirons autant des sorties provisoires à titre d'essai. Si l'aliéné est guéri, qu'il quitte définitivement l'asile; s'il ne l'est pas, qu'il y reste encore, avec des adoucissements à sa condition, des distractions, des promenades au dehors, etc. Nous croyons devoir soulever ces objections au point de vue médical; nous ajouterons que ces sorties provisoires à titre d'essai constituent pour le malade une

situation ambiguë et mal définie ; mais, d'autre part, nous savons que dans certains départements l'usage de ces sorties à titre d'essai rend des services très réels, eu égard à la facilité de réintégration, en cas de prompt rechute, sans qu'il soit besoin d'avoir recours de nouveau aux formalités obligatoires pour l'admission ; les familles sont ainsi encouragées à faire un essai qui n'est pas de nature à les effrayer ; les malades peuvent même, en certaines circonstances, en tirer bénéfice ; nous ne pouvons donc les désapprouver. Du reste, c'est une question que la loi laisse à la décision des médecins, et, dans ces conditions, elle ne peut offrir de vrais dangers.

Nous terminerons l'examen du projet de loi en quelques termes rapides, car nous n'avons plus à passer en revue que des dispositions d'ordre plutôt administratif que médical.

Ainsi, l'article 44 porte qu'en cas d'évasion, l'aliéné pourra, pendant une durée de quinze jours, être ramené à l'établissement, sans qu'il soit besoin de recourir aux formalités ordinaires des placements ; ce ne sera qu'après deux semaines écoulées à la suite de l'évasion que ces formalités devraient être remplies à nouveau.

Dans l'article 45, nous relevons cette clause nouvelle que l'administrateur chargé de la gestion des biens d'un aliéné placé dans un asile public ne pourra plus vendre le mobilier de cet aliéné sans l'avis préalable du médecin traitant. On peut apprécier combien cette disposition est excellente et humaine, lorsqu'on a été témoin, comme la plupart d'entre nous l'ont été, de la douleur et de la misère de certains aliénés qui, en sortant de l'asile, ne retrouvaient plus rien du peu qu'ils avaient possédé. Dorénavant, on peut espérer que cette vente du mobilier n'aura lieu que dans les cas d'incurabilité confirmée.

L'article 46 réalise aussi une amélioration. Actuellement.

l'administrateur provisoire des biens d'un aliéné placé dans un asile privé n'est nommé que deux ou trois semaines, en moyenne, après l'entrée du malade. Avec le projet de loi, un délégué, désigné d'avance par le président du tribunal, pourra être immédiatement chargé de prendre en mains la gestion des biens, ce qui évitera une interruption plus ou moins préjudiciable aux intérêts de l'aliéné, mais il importera que cette intervention ne soit ni tyrannique pour les familles, ni intempestive, et qu'elle soit limitée aux cas où elle est réellement nécessaire.

Telles sont, dans leur ensemble, les principales dispositions du projet de loi.

Certaines d'entre elles introduisent dans le régime actuel des améliorations incontestables; d'autres peuvent être discutées et modifiées; quelques-unes, enfin, seront dans la pratique d'une application non exempte de difficultés; mais, en tout cas, elles témoignent de l'attention chaque jour plus grande que l'on apporte au service des aliénés.

Or, ce service n'a pas actuellement une organisation en rapport avec son importance, et on sera étonné d'apprendre qu'il est administré par un bureau du ministère de l'intérieur, lequel bureau ne lui est même pas exclusivement affecté, puisqu'il a aussi dans ses attributions les enfants assistés de toute la France, la protection des enfants du premier âge, les dépôts de mendicité, les sociétés de charité maternelle, les secours aux inondés, incendiés, etc.

En regard de cette situation, disons que l'administration pénitentiaire constitue au même ministère une direction où toutes les affaires sont centralisées, et qui comprend cinq bureaux.

Nous demandons donc pour les aliénés, qui sont en France au nombre de 50,000, placés dans les asiles, une organisation analogue à celle qui existe pour les détenus dont le nombre est à peu près le même, et nous émettons



e vœu que le service des aliénés constitue à l'avenir au ministère de l'intérieur une branche administrative spéciale et indépendante, à laquelle on pourra d'ailleurs donner le nom de division, de direction ou de direction générale, peu nous importe. Pour ce qui concerne les détails de cette organisation administrative, on pourra consulter avec fruit le mémoire de M. de Crisenoy au sujet de la loi sur les aliénés, mémoire fait avec un grand soin et une réelle connaissance de la question (1).

Nous nous bornerons, quant à nous, à dire comment nous en comprendrions le fonctionnement.

Le projet de loi consacre déjà un heureux retour à la centralisation du service, si déplorablement atteinte par le décret du 25 mars 1852, en décidant que les médecins, les receveurs, les économes des asiles départementaux, ainsi que les médecins des quartiers d'hospices, seront nommés par le ministre de l'intérieur.

Il conviendrait d'ajouter ici que les médecins seront nommés au concours. Le rétablissement du concours pour la nomination des médecins et des internes des asiles d'aliénés est déjà un fait accompli dans le département de la Seine ; nous ne saurions trop nous en féliciter, et nous demandons que cette mesure devienne une prescription légale, appliquée à tous les asiles départementaux.

La nomination par le ministre aura le grand avantage d'introduire une uniformité qui fait jusqu'à présent défaut dans le mode de recrutement, d'avancement et de retraite de tous ces fonctionnaires ; le gouvernement sera autorisé à leur demander un service d'autant meilleur, qu'il aura plus fait pour assurer leur position dans le présent et dans l'avenir.

Nous voudrions en outre que toutes les affaires concernant les aliénés vissent aboutir au ministère de l'intérieur,

---

(1) Voir *Revue générale d'administration*, 1882.

et qu'en tête de cette nouvelle direction fût placé un conseil supérieur. Ce conseil serait composé des inspecteurs généraux du service, reconstitués en service spécial et augmentés de nombre, de membres choisis parmi les grands corps de la magistrature, et de médecins appartenant à l'Académie de médecine, à la Faculté ou aux hôpitaux.

A l'examen et à l'approbation de ce conseil seraient soumis les traités passés par les départements pour l'entretien de leurs aliénés, les règlements de service intérieur, comme aussi toutes les mesures à prendre vis-à-vis des aliénés dits criminels et des aliénés dangereux, tant pour décider s'ils devraient être maintenus dans un asile d'État ou transférés dans un asile ordinaire, que pour présider aux formalités judiciaires, eu égard à leurs demandes de mise en liberté. En outre, le conseil supérieur devrait rédiger, chaque année, sur l'ensemble du service des aliénés, un rapport général qui serait présenté au Parlement et inséré au *Journal officiel*.

En plus de ce comité supérieur, on devrait établir, dans chaque département, une commission locale.

Un règlement d'administration publique déterminerait les questions que les commissions locales pourraient décider elles-mêmes, et celles dont la solution serait réservée à la direction centrale et au comité supérieur.

Parmi ces dernières il est à peine besoin de dire que nous rangeons toutes les demandes de sortie faites par des aliénés dits criminels ou dangereux.

La procédure serait beaucoup plus simple qu'elle ne peut d'abord le paraître.

Une demande de sortie est adressée au tribunal. Le tribunal la transmet à la commission locale, où elle est l'objet d'un premier examen. La commission locale l'envoie au ministère de l'intérieur. Le comité supérieur en prend connaissance, et délègue un des inspecteurs généraux pour se rendre auprès de la commission locale. Un nouvel exa-

men de la demande a lieu. L'inspecteur général délégué, un membre de la commission départementale et le médecin choisi par le tribunal vont à l'asile visiter l'aliéné, et adressent un rapport collectif au tribunal qui statue alors en pouvant s'appuyer sur une série de constatations se contrôlant les unes les autres. Et qu'on ne craigne pas que ces voyages des inspecteurs généraux doivent être très fréquents. D'abord, les demandes de sortie ne sont pas très nombreuses, et alors même qu'elles le seraient, il n'y aurait aucun inconvénient à ce qu'elles ne fussent examinées que tous les trois mois.

Voilà, nous l'espérons, des garanties qui paraîtront suffisantes pour empêcher ou du moins rendre beaucoup plus rares les actes de violence, les attentats contre les personnes et les propriétés dont on déplore aujourd'hui la fréquence et qui émeuvent l'opinion publique.

Au point de vue administratif et judiciaire, nous voudrions également que la direction centrale du service des aliénés au ministère de l'intérieur reçût une copie de tous les documents relatifs à tous les aliénés de France, de façon que chacun y eût son dossier personnel, renfermant les certificats d'admission, de situation, de sortie, de décès, les dates des jugements nommant des administrateurs provisoires, ou des conseils judiciaires, des jugements d'interdiction.

Lorsqu'un aliéné serait placé dans un asile, le directeur de l'asile demanderait, en expédiant le bulletin d'entrée au ministère de l'intérieur, des renseignements sur les antécédents, et, en cas de placements antérieurs, une copie de son dossier, de sorte que les documents du dossier accompagneraient l'aliéné dans les divers asiles où il serait successivement placé.

On pourrait ainsi suivre sans interruption un aliéné depuis le début de sa maladie jusqu'à sa mort. Les tribunaux pourraient se procurer au ministère de l'intérieur les rensei-

gnements qui sont parfois d'une si grande utilité à connaître aussi bien pour les prévenus que pour la justice, tandis qu'aujourd'hui on ne peut être renseigné; on ignore dans un ressort judiciaire, dans un département, ce qui a lieu dans un ressort, dans un département voisin. — Dans une même ville, à Paris, on ignore au Palais qu'un prévenu a un dossier à la préfecture de police; à la préfecture de police, on ne peut se procurer aucun document sur un aliéné qui a été transféré d'un asile de la Seine dans un asile d'un autre département, parce que c'est à la préfecture de ce département que sont envoyés les certificats ultérieurs au changement. La création de ce répertoire de l'aliénation mentale nous paraîtrait donc devoir rendre de grands services.

Nous n'avons plus qu'à formuler les conclusions que nous devons soumettre à votre appréciation.

*Conclusions.* — 1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là.

Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que, depuis l'époque où elle a été promulguée, certains besoins se sont produits ou se sont développés auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel, d'autres peuvent prêter à la critique, certaines, enfin, nous paraissent devoir être, dans la pratique, d'une application difficile: nous devons, en outre, faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter notablement les dépenses de l'État et des départements.

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans toutes les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste. La folie entraîne presque toujours pour celui qui en est atteint la privation plus ou moins complète de sa liberté, en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle. C'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables. Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle.

4° C'est par application de ce principe que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même lorsque ce sera dans l'intérieur de sa famille, si la proposition de la commission du Sénat est adoptée. — Cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe déjà dans d'autres pays, est de nature à froisser des sentiments très respectables; mais, en raison des abus qu'elle a pour but de rendre impossibles, nous ne pouvons qu'y souscrire, avec l'espérance qu'elle sera appliquée d'une manière discrète et modérée.

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir deux certificats distincts, ou un certificat signé de deux médecins pour l'admission d'un aliéné dans un asile.

Malgré les difficultés que nous avons signalées à ce propos, nous l'adoptons cependant, parce qu'elle offre une garantie de plus à la liberté individuelle.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice; c'est là un corol-

laire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi; mais nous avons montré que les moyens proposés pour l'application de ce principe se heurteront à des inconvénients et à de sérieux obstacles; aussi espérons-nous qu'il y sera apporté de notables modifications.

7<sup>e</sup> Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons pour la sécurité publique que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous n'avons eu qu'à formuler certains desirs dont nous ne doutons pas qu'il soit tenu compte.

8<sup>e</sup> Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, et les aliénés dits criminels, ou ceux considérés comme dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'État, et nous n'avons qu'à approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés que la justice pourra seule ordonner.

9<sup>e</sup> Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées, soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leurs requêtes à fin de mise en liberté, soit pour garantir d'une façon plus efficace la gestion des biens et des intérêts des aliénés.

10<sup>e</sup> Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'intérieur, et qu'il y soit créé, soit une division, soit une direction, assistée d'un conseil supérieur, dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité.

Nous voici arrivés à la fin de ce travail; nous avons mis tous nos soins à le rendre digne d'être présenté à l'Académie; puissiez-vous nous accorder ce témoignage que nous ne sommes pas restés trop au-dessous de la tâche dont votre confiance nous a honorés.

---

---

# SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1883

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

De la part de M. le D<sup>r</sup> Millet :

1<sup>o</sup> De l'usage des bains prolongés chez les aliénés agités;

2<sup>o</sup> Des vertiges chez les aliénés (prix Esquirol 1883);

3<sup>o</sup> Influence étiologique de l'alcoolisme sur la paralysie générale.

Ces divers mémoires sont adressés à l'appui d'une candidature au titre de membre correspondant.

Une commission composée de MM. Foville, Ritti et Cotard, rapporteur, est nommée à l'effet d'examiner les titres de M. le D<sup>r</sup> Millet.

M. DALY, à propos d'une brochure qu'il offre à la Société, présente quelques considérations sur les dangers auxquels on expose les adolescents en exigeant d'eux une somme de connaissances en dehors de toute proportion avec leur âge. C'est ainsi que l'on demande à des enfants de onze ans, pour l'obtention du certificat d'études, de répondre à un programme des plus étendus. On surmène, de cette façon, ces jeunes cerveaux, et il en résulte fréquemment des troubles cérébraux inquiétants.

Il faudrait reculer de deux années cet examen; à treize ans, par conséquent.

De même pour les écoles du gouvernement, la limite d'âge devrait être reportée au delà de celle actuellement fixée.

*Rapports de candidature.*

M. BOUCHEREAU fait un rapport verbal sur la candidature de M. le Dr Obersteiner fils, de Vienne.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

En conséquence, M. le Dr Obersteiner est nommé membre associé étranger.

M. MOTET. — Au nom d'une commission composée de MM. Ritti, Christian et Motet, rapporteur, je viens vous soumettre en quelques mots les titres de M. le Dr Luigi Frigerio, vice-directeur du manicomio de Pesaro, qui sollicite l'honneur de faire partie de la Société médico-psychologique comme membre associé étranger.

M. Frigerio nous adresse plusieurs brochures sur des sujets variés relatifs à l'aliénation mentale.

Le premier de ses travaux a pour titre : « Parallèle clinique, statistique et anatomo-pathologique entre la folie alcoolique et la folie paralytique. » C'est surtout une question de diagnostic différentiel. Très au courant de la bibliographie, d'ailleurs si riche sur ce sujet, M. Frigerio nous a paru donner peut-être trop d'importance aux excès alcooliques dans l'étiologie de la paralysie générale, mais, comme ses recherches sont surtout des recherches cliniques, il arrive à des conclusions que nous acceptons volontiers : « On doit admettre, dit-il, que la folie paralytique et la folie alcoolique constituent deux entités morbides distinctes. — Les excès de boisson auxquels se livrent certains paralytiques, sobres autrefois, prennent plutôt le caractère de la dipsomanie. — En admettant un certain degré de ressemblance entre les deux affections, on n'est pas suffisamment fondé à créer une nouvelle forme morbide intermédiaire, la pseudo-paralysie générale alcoolique, laquelle, outre qu'elle ne présenterait aucun avantage au point de vue clinique, aurait l'inconvénient de contribuer à accroître la confusion dans la classification des maladies mentales. »

2<sup>e</sup> Un second mémoire a pour titre : De l'auto-mutilation chez les aliénés. — Travail intéressant pour les faits assez nombreux qu'il rappelle, et dans lesquels se manifestent des tendances mélancoliques, religieuses ou érotiques.



3° Un autre traite sommairement du sommeil chez les aliénés, de la folie puerpérale, de l'emploi du phosphore de zinc dans les formes dépressives de la folie. Nous y trouvons aussi l'énumération des talents comme peintres, sculpteurs, dessinateurs, d'aliénés retenus dans l'asile que dirige M. Frigerio.

4° Essai d'instruction pratique pour les infirmiers des manicomies, excellents conseils donnés par un médecin expérimenté aux agents placés sous ses ordres.

5° Les anomalies vasculaires dans les cerveaux des aliénés. Ce sont plutôt des propositions et un appel aux recherches qu'un travail complet. Nous y relevons toutefois ces chiffres: sur 37 autopsies, M. Frigerio aurait trouvé 25 fois des altérations plus ou moins importantes dans les dispositions ou le développement des vaisseaux.

6° Nouveau traitement de la rage proposé par le Dr Frigerio. L'auteur voudrait qu'on expérimentât la transfusion du sang.

Sans entrer dans de plus longs détails, nous avons l'honneur de vous proposer de donner à l'honorable Dr Frigerio le titre qu'il sollicite de vous.

Les conclusions de ce rapport sont mises aux voix et adoptées.

En conséquence M. le Dr Luigi Frigerio est nommé membre associé étranger.

#### *Des établissements d'aliénés au Brésil.*

M. TEIXEIRA BRANDAO. — Messieurs, je ne m'attendais pas à mériter l'honneur d'être entendu par une aussi illustre société et encore moins à occuper son attention en parlant de mon pays.

Ainsi, c'est pour satisfaire au désir exprimé par le savant aliéniste qui la préside que, essayant de surmonter les difficultés de m'exprimer dans une langue autre que la mienne, je vais avoir l'honneur de vous dire ce qui se présente à ma mémoire au sujet des asiles brésiliens et de l'état de la médecine mentale au Brésil.

Ne disposant pas en ce moment de documents concernant l'organisation des asiles, ainsi que de données statistiques se rapportant à tout ce qui pourrait vous intéresser au sujet des aliénés, mon exposition sera succincte, ne dé-

sirant avancer aucune proposition dont je ne sois pas entièrement convaincu.

Il existe au Brésil divers asiles et quelques maisons de santé particulièrement affectés au traitement des aliénés, mais, de tous les asiles, le plus important est sans doute celui de Pedro II, auquel je me rapporterai spécialement dans le courant de cette communication.

C'est là que fonctionne la clinique psychiatrique et que l'on trouve un plus grand nombre d'éléments pour l'étude de cette spécialité.

L'hospice de Pedro II est admirablement situé : éloigné du centre le plus peuplé, il se trouve placé au sud de la baie de Botafogo, d'où, dominant un vaste paysage et ayant sur tous les côtés une grande étendue de terrain qui en fait partie, il réalise parfaitement les conditions nécessaires pour un complet isolement. Tout le terrain qui lui est annexé est entouré de murs et destiné à offrir une occupation aux malades qui peuvent ainsi se livrer aux travaux des champs.

Dans la capitale il est le seul asile public spécialement destiné au traitement des aliénés et il contient en conséquence des malades des deux sexes.

Cependant la séparation des deux sexes est parfaitement réalisée grâce à la construction et à l'aménagement de l'asile.

Annexé à l'hospice est un pensionnat pour les aliénés qui peuvent payer les frais de leur soutien, et ici on se rend parfaitement compte de la vérité si souvent constatée par les aliénistes, c'est-à-dire : de la répugnance qu'ont les familles aisées à placer les personnes qui leur sont chères dans un établissement qui est plutôt une institution hospitalière qu'un pensionnat.

Il y a peu de pensionnaires dans l'hospice de Pedro II, et ceux-ci mêmes n'y ont été conduits qu'après avoir passé par toutes les maisons de santé et s'être convaincus de l'impossibilité d'un rétablissement complet.

Cet asile est divisé en deux parties parfaitement symétriques. Dans le centre de l'édifice est la chapelle et les bureaux de l'administration ; les deux ailes latérales sont occupées, celle de gauche par les hommes et celle de droite par les femmes. Chacune de ces ailes a deux étages ; l'inférieur occupé par les malades agités et le supérieur par les

tranquilles. Dans chacun des corps de l'édifice il y a un grand nombre de chambres vastes et bien aérées, destinées à un seul malade, ainsi que des dortoirs qui contiennent de deux à quinze lits. Tous ces dortoirs et chambres sont limités d'un côté par une galerie et de l'autre par des jardins et des préaux qui séparent les divers compartiments de l'édifice. Les préaux où se trouvent les aliénés agités sont à un niveau inférieur à celui du premier étage, de manière que, à l'aide d'un petit nombre de gardes placés à une hauteur plus élevée, ils sont parfaitement surveillés.

L'hospice a de grands réfectoires, de vastes salles, des bibliothèques, des salles de travail où les aliénés sont pendant le jour.

Tous ceux qui ont visité cet établissement s'étonnent de l'ordre, de l'excessive propreté, ainsi que des curieux travaux faits par les aliénés.

Il va sans dire que l'architecte qui a fait cet hospice a pris pour modèle les établissements analogues de l'Europe; seulement il l'a adapté au climat, faisant ainsi les compartiments plus larges, les plafonds plus élevés, et ne regardant nullement aux dépenses nécessaires à sa construction, il en a fait un édifice somptueux et digne d'admiration.

Les cellules sont disposées dans une partie spéciale de l'édifice, mais elles présentent l'inconvénient de ne pas se trouver bien éloignées les unes des autres.

Il existe dans chacune des ailes une salle de bains contenant huit à dix baignoires ainsi qu'un appareil pour l'application des douches.

A côté de l'édifice et complètement séparés se trouvent de grands ateliers de menuiserie et de charpenterie et, un peu plus vers le sud, trois pavillons destinés : le premier, aux épileptiques, le deuxième aux idiots, et le troisième où sont traités les aliénés qui présentent des maladies intéressantes. En outre, on se propose de construire un quatrième pavillon complètement isolé, spécialement destiné aux convalescents.

Cet établissement se trouve sous l'immédiate inspection de l'administration de l'assistance publique et a un médecin comme directeur.

L'administration interne est confiée à un économe qui réalise tous les projets présentés par le directeur et dont

le but est de chercher le bien-être et la tranquillité des malades.

Le service médical est sous la surveillance du directeur qui est responsable de tout ce qui concerne les malades. Le personnel médical est considérable : en dehors de deux médecins internes qui restent tous les deux dans l'asile, il y a encore deux médecins : l'un chargé du service des femmes et l'autre de celui des hommes.

L'asile ne contient pas plus de quatre cent trente malades, ce qui ne veut pas dire que ce soit le nombre total des aliénés de Rio de Janeiro. Ainsi que j'ai eu l'honneur de vous le dire, il existe même dans cette ville d'autres asiles tels que l'asile des pauvres où la plupart des malades sont des aliénés, des maisons de santé particulières où un grand nombre d'aliénés sont recueillis et seulement à une heure de voyage de Rio de Janeiro ; de l'autre côté de la baie, est situé l'hospice de Saint-Jean où sont recueillis les aliénés de la province de Rio de Janeiro. J'ai cru nécessaire de faire ces considérations, parce qu'on a prétendu conclure du petit nombre d'aliénés qui existe dans l'hospice Pedro II que l'aliénation mentale est peu fréquente au Brésil, ce qui n'est pas absolument vrai. J'aurais désiré parler des formes que présente ordinairement la folie au Brésil. Cependant, le manque d'une classification régulière et scientifique qui soit uniforme et acceptée par tous les aliénistes me rendrait cette tâche excessivement difficile ; et en outre, pour faire une exposition exacte, il faudrait me fonder sur des données statistiques de tous les établissements du Brésil, ce que je ne possède pas dans ce moment-ci.

Pour ce que l'on observe seulement dans l'hospice Pedro II, on ne pourrait pas arriver à une conclusion positive sur les formes de la folie. La plupart des malades de cet asile sont des maniaques chroniques, des épileptiques et des idiots au sujet desquels il n'y a aucun espoir de rétablissement. Il est même très rare d'y observer une forme aiguë de la folie.

Les difficultés que l'on trouve pour l'admission des aliénés, la promiscuité qui s'établira forcément parmi les aliénés de tous les rangs sociaux éloignent de ces asiles les malades dans la période de l'invasion de la maladie, quand elle commence à se développer et à se continuer.

D'après les observations que j'ai prises des malades de

la maison de santé de Saint-Sébastien, je peux conclure que les formes dépressives de la folie sont plus fréquentes que les expansives. Il est vrai que le fait n'est pas d'accord avec l'opinion d'Esquirol et d'autres aliénistes; cependant j'en ai fait la constatation. Les formes de folie résultant des névroses sont aussi assez fréquentes. La paralysie générale qui, il y a peu d'années, était encore rare, est actuellement assez souvent constatée.

Pour ce qui regarde l'hygiène des asiles et le traitement des malades, on y réalise tous les moyens recommandés par la science. Il ne m'est pas possible de faire un résumé de moyens de traitement employés par les médecins brésiliens dans les diverses formes de folie, je parlerai seulement des moyens thérapeutiques le plus souvent adoptés. En outre, en psychiatrie ainsi qu'en médecine en général, il ne me paraît pas possible d'établir des règles invariables pour le traitement de telle ou telle maladie. La médication doit être subordonnée au mode de manifestation de la maladie de tel ou tel malade.

Les moyens physiques et moraux sont simultanément conseillés. Les premiers sont indiqués par la nature de la maladie, constitution et tempérament du malade; les seconds sont ceux qui résultent de la pratique et de l'expérience de tous les aliénistes qui nous ont précédés.

Il est très rare qu'au Brésil, même dans les cas de manie aiguë, on emploie les saignées générales; seulement, lorsqu'il y a suppression d'un flux habituel et que celle-ci coïncide avec la manifestation de la maladie, alors on emploie les saignées locales. De tous les moyens préconisés dans le cas de surexcitation nerveuse, ce qui est le plus ordinairement employé, c'est l'usage de bains, surtout de bains tièdes prolongés. Lorsque l'excitation est considérable, au bain prolongé on ajoute l'application de compresses à l'eau froide sur la tête.

Les préparations pharmaceutiques de belladone, les composés cyaniques et les antispasmodiques sont très recommandés. La digitale et l'émétique ont aussi leur indication spéciale. Cependant, on prescrit toujours l'usage d'une alimentation substantielle qui puisse réparer les pertes d'un organisme si fortement secoué. Les médecins brésiliens sont toujours au courant des progrès scientifiques et lorsqu'un médicament ou un procédé de précision quelconque est

préconisé par un médecin de renommée, ils s'empressent de le mettre en pratique. C'est ainsi que, même à l'hospice Pedro II, on a déjà essayé le procédé conseillé par Alexander, de Boston, pour la guérison de l'épilepsie : je veux parler de la ligature de la vertébrale. Malheureusement, cependant, le résultat n'a pas correspondu à ce qu'on attendait.

Dans les cas de lypémanie, ordinairement, les moyens préconisés sont les toniques, les préparations opiacées, les bains sulfureux et les douches.

Dans le cas de folie résultant de l'épilepsie, on emploie les réparations bromurées; dans l'hystérie, les antispasmodiques, les opiacés dans la paralysie générale, les purgatifs, les révulsifs et surtout l'iodure de potassium remplissent les indications générales.

Le traitement moral est appliqué dans toute sa plénitude.

Les moyens d'intimidation sont tout à fait délaissés et les malades sont traités avec les plus grands soins par les médecins et les gardes; jamais on n'y a appliqué un châtiment quelconque au malade. On n'a jamais eu aucun accident à regretter, ce qui prouve la bonne administration et l'ordre de cet asile.

La camisole est presque complètement abandonnée, on n'y a recours que dans des cas exceptionnels. Quand les malades sont excessivement excités, on les place dans des cellules matelassées, où ils restent sans liens qui empêchent leurs mouvements jusqu'à ce que cet état se dissipe. Les aliénés sont employés à des occupations manuelles. Le travail d'agriculture et de jardinage de l'établissement est fait par eux, les femmes s'occupent de la confection de petits objets. On permet aux malades un grand nombre de distractions; la promenade avec les gardes de l'établissement, la lecture des livres, des journaux, sont parfaitement tolérées.

La clinique psychiatrique, qui, dès le commencement de cette année, faisant partie de l'enseignement de la faculté, est obligatoire pour tous les étudiants, a lieu dans l'hospice Pedro II et est suivie par les étudiants de la dernière année.

Voilà les courtes observations que j'avais à vous faire et il ne me reste donc, messieurs, qu'à vous remercier de la

bienveillante attention que vous avez voulu accorder à ma communication aussi peu suffisante dans le fond que dans la forme dans laquelle j'ai pu la présenter.

M. LE PRÉSIDENT remercie M. le Dr Brandao de son intéressante communication qui vient ainsi s'ajouter à ses autres titres pour sa nomination de membre associé étranger qu'il sollicite. D'après la proposition qui en est faite, le vote sur cette candidature a lieu séance tenante, et M. le Dr Brandao est nommé membre associé étranger à l'unanimité.

M. DALLY. — Je désirerais faire quelques remarques à propos des renseignements intéressants que vient nous de fournir M. le Dr Brandao sur l'aliénation mentale au Brésil. J'ai d'abord été frappé de ce fait, à savoir : l'apparition relativement récente de la paralysie générale dans ce pays ; c'est évidemment là une donnée de première importance qui trouverait son utilité dans l'appréciation des causes génératrices de cette redoutable affection. Ceci m'amène à demander à M. Brandao comment est composée la population des asiles, dans quelle proportion y entrent les trois éléments qui constituent le peuple brésilien, les Européens, les Brésiliens purs et la race croisée. D'après moi, le métissage devrait constituer une prédisposition à la folie. D'autre part, il m'a été donné fréquemment de constater des cas de névrose développée au Brésil chez des Européens. Ne convient-il pas d'incriminer le défaut d'acclimatement ? A cet égard, la composition de la population des asiles pourrait fournir un précieux renseignement, et je prie M. Brandao de vouloir bien nous faire part des chiffres proportionnels qu'il a recueillis.

M. LE DR BRANDAO. — Sans être à même actuellement de produire une statistique, je puis dire que ce sont les Européens et les Brésiliens de race pure qui forment la population des asiles ; les métis n'y figurent pas, ou, du moins, le cas est très rare.

*Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés (suite).*

M. A. VOISIN. — Je veux faire remarquer seulement que la préfecture de police ne s'est occupée des sorties provisoires que dans ces dernières années.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Pardon; ces sorties, à titre d'essai, étaient tolérées de 1840 à 1848, sous M. G. Delessert.

M. A. VOISIN. — Dans tous les cas, elles n'étaient guère entrées alors dans la pratique. Je tiens à dire, messieurs, que, depuis deux ou trois ans, j'accorde assez largement ces sorties provisoires à titre d'essai; il n'y a jamais eu d'accidents, et je considère que ces sorties de deux ou trois jours ont une influence heureuse sur les convalescents.

M. DALLY. — Je prends la liberté de rappeler que c'est sur ma demande que la question des sorties a été mise à l'ordre du jour de nos séances. Vous savez sous quelle influence je pris alors cette initiative, et je n'ai pas à indiquer plus clairement les tristes incidents qui ont produit une émotion si considérable. Considérant qu'en cette circonstance, il s'était révélé une véritable lacune dans les articles de loi, puisqu'il a suffi que la personne internée fût réclamée pour être rendue à sa famille, je me suis demandé s'il n'était pas nécessaire d'introduire un nouvel article. C'est ce projet que j'ai l'honneur de vous soumettre aujourd'hui avec la rédaction suivante : « Lorsque le placement, dit volontaire, d'un individu suspect d'aliénation mentale, aura été reconnu insuffisamment motivé par l'autorité compétente, cet individu ne sera jamais remis aux mains des personnes qui auraient réclaté son internement, si ce n'est en présence d'un magistrat. »

M. MORET. — La façon dont M. Dally semble apprécier les faits auxquels il vient de faire allusion m'oblige à protester énergiquement. La parfaite légalité du placement en question a été reconnue.

M. DALLY. — Cependant le médecin de la préfecture de police est intervenu et a autorisé la sortie.

M. MORET. — Mais c'est une complète erreur. Je laissera de côté les moyens employés pour opérer le placement et sur lesquels, en effet, il peut y avoir beaucoup à dire. Mais, à part ces procédés, on ne peut que constater une admission des plus régulières, accomplie selon les formalités exigées par la loi : 1° demande de placement; 2° certificat médical; 3° constatation par l'administration dans les trois jours à dater de l'entrée.

Donc tout a été parfaitement régulier et légal. Mais qu'est-il arrivé? Des intérêts divers ont agi: la famille a



voulu prendre les devants et, s'appuyant sur la loi de 1838, a obtenu une mise en liberté qui ne pouvait être refusée.

M. DALLY. — Je n'ai point avancé que, pour le fait même qui nous occupe, le placement était insuffisamment motivé. Je reconnais sans difficulté, au contraire, qu'il était justifié. Mais on ne saurait me contester le droit de prévoir une telle éventualité et de proposer une modification dans le règlement, afin d'entourer, en pareil cas, la sortie de plus de garanties et d'éviter la reproduction d'événements analogues à ceux qui ont tant occupé l'opinion publique. Admettez, pour un instant, que des personnes intéressées manœuvrent assez adroitement pour obtenir une séquestration qui ne serait pas reconnue légitime. Comment! ce serait à ces mêmes personnes qu'il faudrait remettre la personne indûment enfermée. Ce n'est moralement pas possible : la garantie doit être ici l'intervention d'un magistrat.

M. MOTET. — L'article proposé par M. Dally me paraît dangereux.

M. LUNIER. — Il n'y a pas eu de rapport médical autorisant la sortie, contrairement à ce que croit M. Dally : le médecin de la préfecture de police a conclu au maintien. Du reste, comme l'a fait remarquer M. Motet, la demande des parents suffit. Au surplus, ce n'est point un rapport que délivre, à cette occasion, le médecin de l'administration, c'est un simple avis, ratifiant le bien fondé de l'internement. Quant à la proposition de M. Dally, je ne crois pas qu'il y ait lieu de l'adopter. Placé dans de certaines circonstances, le médecin peut toujours provoquer le placement d'office, afin de s'opposer à une sortie qu'il juge inopportune ou dangereuse.

M. DALLY. — Les explications de M. Lunier justifient en somme les préoccupations dont je m'étais inspiré en vous soumettant ce projet.

M. LEGRAND DU SAULLE. — On a parlé des permissions temporaires à accorder aux malades, puis des sorties provisoires à titre d'essai. J'avoue que je ne suis pas sans inquiétude sur les résultats possibles de ces mesures et je demande à dire ce que j'ai fait jusqu'à ce jour et ce qui m'est arrivé.

Pendant treize ans, à Bicêtre, je n'ai jamais accordé une seule sortie de cinq minutes. Je n'ai cédé devant au-

cune supplication. Une porte devant être ouverte ou fermée, je n'ai jamais laissé la mienne entrebâillée.

A la Salpêtrière, depuis plus de quatre ans, j'ai continué une tradition extralibérale que j'ai trouvée tout instituée et de laquelle on s'applaudissait beaucoup. Sur l'initiative de notre collègue, M. A. Voisin et M. Le Bas, directeur de l'hospice, M. Félix Voisin, alors préfet de police, avait autorisé des permissions et des petits congés. Ne tenant pas à être plus royaliste que le roi, je déférai à la tradition locale et je signai les sorties des permissionnaires. Certains jours de fêtes, c'est-à-dire trois ou quatre fois par an, j'ai plus de cent vingt-cinq malades qui sortent avec leurs familles, sous la responsabilité de ces dernières. Lorsqu'une malade n'a point de famille, elle ne peut jamais sortir. Les permissionnaires s'étendent à toute la journée, la rentrée devant s'effectuer à huit heures du soir, mais quinze ou vingt de ces malades ont un petit congé de trente-six heures et découchent.

J'ai fait faire une véritable enquête sur les familles : il n'y a que les ascendants ou les maris qui puissent faire sortir et venir chercher leurs filles ou leurs femmes. Aucune considération de simple amitié et aucune liaison illégitime, quelque ancienne qu'elle soit, ne peuvent trouver grâce devant les prescriptions formelles qui avaient été données et que j'ai renouvelées avec la plus inflexible sévérité. Les enfants illégitimes ne peuvent faire sortir leurs mères. La fille-mère d'autre part, ne peut pas obtenir son enfant, même pour une journée seulement. Les familles absolument correctes ont donc seules des droits ou des titres.

Malgré toutes ces précautions, que d'accidents peuvent survenir ! Ici, c'est une fille de vingt et un ans, emmenée par sa mère et qui disparaît pendant trois jours ; là, c'est une petite fille de onze ans qui contracte la rougeole auprès de ses frères et sœurs, qui rentre à la Salpêtrière, devient rubéoleuse et provoque dans mon service une épidémie de trente-sept cas de rougeole. Une autre fois, c'est une malade qui ne veut pas rentrer, que l'on envoie chercher, qui lutte et qui, une fois camisolée, est ramenée dans un flacre. Un jour, c'est une commerçante qui donne une procuration à quelqu'un ; le lendemain, c'est un père qui fait signer à sa fille une renonciation à la succession de sa mère. Tantôt c'est une malade, que l'on a conduite au théâtre et qui, par suite d'une grande attaque convulsive, donne lieu dans la

gale à un véritable événement. Tantôt une malade rentre ivre ou a dans la nuit une indigestion. Enfin, c'est une femme mariée qui sort indifféremment avec sa mère ou avec son mari, et qui, un jour que sa mère était venue la chercher, se rend inopinément à son domicile et y trouve une concubine installée à sa place !

J'ai entendu rapporter le fait suivant à notre regretté collègue M. Trélat. Vers 1846, M. Gabriel Delessert, préfet de police, qui avait autorisé les permissions et les petits congés, fait appeler M. Trélat, qui occupait à la fois les fonctions de médecin de la Salpêtrière et de médecin des aliénés près le dépôt de la préfecture de police, et il lui dit avec une certaine vivacité : « Voici un procès-verbal d'un commissaire de police de la ville de Paris qui m'avertit que telle femme, sortie hier de la Salpêtrière, vient d'assassiner son mari ! Comment un fait semblable a-t-il pu se produire ? — Cette malade, répond M. Trélat, avait toujours paru inoffensive et son mari, à titre d'essai, a demandé à la reprendre pendant quelques jours. C'est vous-même qui avez autorisé cet essai. — J'ai eu tort, et à partir d'aujourd'hui les malades ne sortiront plus que par *la bonne porte*. » Des ordres furent effectivement donnés, et ce n'est qu'en 1875 ou 1876, que M. Félix Voisin consentit à fermer les yeux sur les tentatives de réintégration provisoire au sein des familles.

J'ai remarqué dans le projet de loi portant révision de la loi du 30 juin 1838 un certain article, qui est ainsi conçu : « Les médecins des établissements peuvent, à titre d'essai, autoriser la sortie des malades pour une durée d'un mois. Les sorties de plus d'un mois devront être autorisées par le préfet. Mention de ces mesures sera faite sur le registre prescrit par l'art. 47 et notification en sera adressée par le préfet au procureur de la République et au maire de la commune. »

Je crains, pour ma part, que des familles, en vertu de ces dispositions nouvelles, n'obtiennent trop facilement des médecins ces périlleuses permissions de trente jours, et je crois que, dans un temps peu éloigné, on pourra voir survenir plus d'une catastrophe ! Je comprendrais très bien que la nouvelle loi abolît la possibilité de la mise au secret d'un malade et qu'elle ordonnât que tout aliéné fût immédiatement présenté à sa famille, en cas de visite, car les

visites, dont les effets fâcheux ont été si extraordinairement exagérés, n'ont en somme jamais fait de mal à personne, ou alors dans des cas bien exceptionnels. Dans l'espace de dix-sept ans, je n'ai jamais refusé que deux visites. Or, je ne sache pas que mes statistiques soient plus mauvaises que celles de mes collègues.

Je comprends moins bien, au contraire, les sorties provisoires, à titre d'essai. Mon objection principale est celle-ci : un grand nombre d'enfants trouveront la vie dans une rencontre malsaine de leurs parents. L'accouplement de l'époux sain et de l'époux demi-fou favorisera toutes les lois de la transmission pathologique. Ne permettez pas cela, si vous ne voulez pas voir s'élever encore le chiffre déjà si considérable de ces malheureux malades.

Depuis que l'attention publique a été éveillée par les résultats déplorables de l'hérédité morbide, on prend des précautions infinies pour éviter les alliances compromettantes et l'on tient à une certaine distance de soi les descendants des névropathes, des convulsifs, des aliénés et des suicidés. Voilà un progrès réel et une préoccupation morale et sociale de très bon aloi. N'en perdons pas les bénéfices possibles en autorisant le malade à se reproduire. Qu'il se guérisse d'abord. La France a besoin d'enfants et non pas d'idiots.

M. VOISIN fait observer que s'il est partisan des sorties à titre d'essai, il entend bien cependant que ces autorisations soient toujours subordonnées à l'appréciation du médecin et il n'admettrait pas un article de loi qui lui forcerait la main. Le service de M. Legrand du Saulle, à la Salpêtrière, en grande partie composé d'épileptiques et d'hystéro-épileptiques, est peu favorable, il faut en convenir, pour ces essais, et si disposé que soit M. Voisin à faciliter ces sorties provisoires, il les refuse aux malades de cette catégorie qui se trouvent dans son service. Quant aux autres, il maintient les réels avantages de ces petits congés. Parmi ces avantages, il signale particulièrement l'influence salubre de ces apparitions momentanées au domicile du mari ; celui-ci est moins enclin à se créer un nouveau ménage : il y a là un côté moral qui a son importance. Il est bien évident qu'il faut toujours s'entourer des plus grandes garanties avant de permettre ces sorties ; il faut connaître l'honorabilité des parents d'après une enquête sérieuse, et

si les renseignements sont excellents, il est permis de faire ces tentatives dont bénéficient les malades.

M. LUNIER. — Je suis étonné, je l'avoue, de l'opposition que montre M. Legrand du Saulle contre l'article 42 du projet de la loi. Il manifeste de vives craintes à l'égard des sorties provisoires. Mais c'est au médecin à prendre des précautions, à ne faire usage de la faculté qui lui sera laissée qu'avec une extrême prudence, et à s'entourer de toutes les garanties désirables. Selon moi, l'un des arguments que M. Legrand du Saulle dirige contre la pratique des sorties temporaires porte à faux ; il nous a signalé comme un des dangers auxquels elles exposent, les manœuvres ayant pour but d'obtenir des signatures des aliénés pour des actes plus ou moins importants ; mais, est-il besoin de le dire, de tels actes sont entachés de nullité. Donc, pas de danger à ce sujet. Les autres inconvénients invoqués par M. Legrand du Saulle ne me semblent pas plus réels.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Même la rougeole ?

M. LUNIER. — Même la rougeole. N'est-il pas évident, en effet, que chaque admission fait courir les mêmes risques, eu égard aux affections contagieuses ?

Non, je n'aperçois véritablement pas quels graves inconvénients peut entraîner le droit que l'article 42 donne au médecin de se prononcer sur l'utilité d'une sortie à titre d'essai ; mais je m'empresse d'ajouter que ces autorisations doivent être accordées avec de grandes réserves ; car je suis loin d'être partisan de ces congés qui ont lieu à tout propos et qui constituent un véritable abus. Pratiquées sagement, avec mesure, entourées de garanties sérieuses, elles me paraissent avoir une utilité incontestable et fournir le véritable critérium de la guérison.

M. J. FALRET. — M. Legrand du Saulle s'est uniquement attaché, dans sa communication, à montrer les inconvénients des sorties à titre d'essai, mais toute mesure, même excellente, peut être la source de dangers ; il est donc nécessaire de mettre les avantages en regard. Or, les risques dont on parle peuvent être écartés dans une large mesure, si l'on ne procède qu'avec de grandes précautions, tandis que les bénéfices des sorties provisoires sont des plus réels.

Elles nous offrent, comme vient de le dire M. Lunier, le meilleur critérium ; par ces tentatives nous pouvons juger

si une sortie à titre temporaire peut devenir une sortie définitive.

Il y a là une transition d'une utilité incontestable qu'abrège souvent la convalescence. Mais il est bien entendu que cette latitude doit appartenir au médecin qui restera seul juge de l'opportunité de prendre cette mesure à laquelle il ne pouvait avoir recours, d'après l'ancienne loi ; car, si dans ces dernières années on l'a mise en pratique, ce n'est qu'après une sorte d'accord tacite et sous la subordination d'un contrôle tout à fait arbitraire.

M. FOVILLE. — Il me semble qu'on a laissé régner quelque confusion dans ce débat en n'établissant pas, tout d'abord, une distinction nécessaire ; il y a, en effet, les sorties provisoires, à titre d'essai, et les simples congés ; je crois que ce sont ces derniers que visent les critiques de M. Legrand du Saulle. Donc, deux questions distinctes à examiner, les arguments dirigés contre l'une de ces mesures pouvant n'être point applicables à l'autre.

Si l'on envisage la pratique qui consiste à accorder, de temps à autre, un congé de quelques heures ou de quelques jours à un malade, il pourra évidemment se faire qu'on trouve là l'occasion de quelques abus, de certains inconvénients ; mais souvent, aussi, ces courtes sorties offrent de réels avantages, et d'ailleurs, dans bien des circonstances il est difficile au médecin de refuser cette satisfaction au malade et à la famille, lorsqu'il n'y a aucun danger à redouter. C'est à lui à bien étudier les circonstances dans lesquelles se présente chaque demande, et à ne prendre une décision qu'à bon escient.

Quant aux sorties provisoires à titre d'essai, c'est à un autre point de vue qu'il faut se placer pour porter un jugement. Ici interviennent les considérations présentées par M. Lunier et par M. Falret. Je suis d'avis, comme eux, que cette préparation à une sortie définitive offre de très sérieux avantages, non seulement pour le convalescent mais aussi pour la famille, lorsqu'il s'agit d'indigents placés d'office. Il faut songer, en effet, que souvent l'annonce de la mise en liberté éveille, chez les parents, de vives appréhensions. On doute de la guérison, on entrevoit des dangers, on craint surtout de ne pouvoir obtenir, sans grandes difficultés de la part des autorités locales, le nouvel accomplissement des formalités de placement à

l'asile, si l'amélioration ne se maintient pas et si la réintégration devient nécessaire. Il n'en est plus ainsi, dès l'instant que des sorties temporaires sont venues servir d'épreuve, et ont permis à la famille de juger par elle-même la situation, avant que la sortie et la radiation des registres de l'asile soient devenues définitives.

Dans plusieurs asiles de province cette pratique est suivie, bien qu'elle n'ait pas encore, pour elle, la sanction légale; j'ajouterai que ce temps passé au dehors constitue un allègement notable pour les finances départementales.

Les résultats ont paru excellents sous tous les rapports, ainsi que j'ai pu l'apprécier moi-même à Quatre-Mares. Je ne puis donc que m'applaudir de voir consacrer cet usage par un article du nouveau projet de loi.

Cependant, il faut reconnaître que, dans l'état actuel, ces sorties peuvent présenter des inconvénients au point de vue de l'administration provisoire des biens et de la valeur des actes que le malade pourrait faire pendant cette sortie provisoire. Mais, d'après le nouveau projet de loi, les mesures applicables à l'administration provisoire des biens continueraient à rester en vigueur pendant la durée de la sortie à titre d'essai, et, d'autre part, ce serait à la partie intéressée à faire la preuve de la santé d'esprit, au moment où une signature d'acte aurait été donnée. Il est bon de savoir, enfin, que la loi anglaise et la loi écossaise ont régularisé, depuis longtemps, l'usage de ces sorties provisoires; l'administration prend même, dans ces deux pays, les mesures nécessaires pour que l'aliéné convalescent puisse, s'il y a lieu, recevoir chez lui une somme équivalente aux frais de son entretien à l'asile.

En dépit des quelques inconvénients que l'on peut faire valoir, je crois, en somme, à l'incontestable utilité de ces sorties provisoires à titre d'essai.

M. BIGOT fait remarquer que la préfecture n'autorise pas, mais tolère seulement ces sorties, qui ont ainsi lieu sous la seule responsabilité du médecin.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

## SEANCE SUPPLÉMENTAIRE DU 10 DÉCEMBRE 1884.

Présidence de M. NOTET

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente.

*Correspondance et présentation d'ouvrages*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. le Dr Peeters, nommé membre associé étranger ;

2° Une lettre de remerciement de M. le Dr Greffier, nommé membre correspondant.

La correspondance imprimée comprend :

Deux brochures par M. Danillo : 1° *Des sillons artériels de l'encéphale chez l'homme*; 2° *Encéphalite parenchymateuse limitée à la substance grise avec épilepsie jacksonienne comme syndrome clinique*.

*Rapports de candidature.*

M. COTARD. — Messieurs, vous avez nommé une commission composée de MM. Foville, Ritti et Cotard, rapporteur, pour examiner les travaux de M. le Dr Millet, candidat au titre de membre correspondant.

M. le Dr Millet n'est pas un inconnu pour vous, messieurs; la Société médico-psychologique lui a décerné, cette année même, le prix Esquirol et, à cette occasion, comme rapporteur de la commission du prix, j'ai eu l'honneur de vous rendre compte du mémoire que vous avez couronné et qui avait pour objet l'étude des vertiges chez les aliénés.

Ce mémoire n'est pas le seul titre du Dr Millet.

Ancien interne des asiles de la Seine, ancien chef de clinique adjoint de la Faculté, aujourd'hui médecin adjoint de l'asile de Prémontré, M. le Dr Millet a choisi pour sujet de sa thèse de doctorat la question très intéressante de l'influence de l'alcoolisme sur le développement de la paralysie générale.

Cette question, comme en général toutes celles relatives à l'étiologie de la périencéphalite diffuse, présente les plus grandes difficultés et les opinions les plus contradictoires ont été soutenues. Comme le dit très justement le Dr Millet,



il n'est pas difficile de trouver des exemples d'alcooliques devenus paralytiques, ou si l'on veut, de paralytiques ayant présenté antérieurement des symptômes d'alcoolisme, mais on n'est pas en droit de conclure de ces faits qu'il y ait une relation de cause à effet entre l'alcoolisme et la paralysie générale.

Pour justifier une pareille conclusion, il faudrait démontrer que la paralysie générale est plus fréquente chez les individus adonnés aux boissons alcooliques que chez ceux qui s'en abstiennent ou n'en font qu'un usage modéré.

Considérer ainsi la question, c'est la réduire à un problème de statistique. Nous n'oserions affirmer que ce soit se rapprocher beaucoup de sa solution, tant il y a de difficultés et de causes d'erreur dans les recherches statistiques.

M. Millet fait lui-même remarquer le peu de concordance des statistiques fournies par Calmeil, Thomeuf et Contesse. Il leur fait, entre autres critiques, le reproche de ne pas avoir comparé la fréquence des antécédents alcooliques chez les aliénés paralytiques d'une part, et d'autre part chez les aliénés non paralytiques.

C'est surtout ce point que M. Millet a cherché à élucider et il est arrivé aux résultats suivants :

Sur 68 paralytiques il y a 25 alcooliques, soit 37 p. 100.

Sur 69 aliénés non paralytiques il y a 37 alcooliques, soit 53 p. 100.

Les antécédents alcooliques seraient donc moins fréquents chez les paralytiques que chez les autres aliénés.

M. Millet en conclut « que les excès alcooliques ne sont pas ordinairement la cause du développement de la paralysie générale et que l'on doit chercher ailleurs les causes de cette maladie. »

Nous ne voulons point discuter cette proposition que nous serions, pour notre part, assez disposé à admettre.

Nous nous bornerons seulement à faire remarquer qu'elle ne paraît pas rigoureusement contenue dans les prémisses posées par le D<sup>r</sup> Millet.

Tout le monde admet que l'alcoolisme produit ou contribue à produire un grand nombre de folies non paralytiques. Si les antécédents alcooliques sont un peu moins fréquents dans la paralysie générale, faut-il pour cela réduire tellement leur influence?

Dans le numéro de mai dernier du journal l'*Encéphale*, M. Millet a publié un mémoire sur les effets des bains prolongés chez les aliénés agités. Ce travail contient des renseignements pratiques intéressants; l'auteur insiste avec raison sur la nécessité de mesurer exactement la température des bains. Une différence de quelques degrés suffit pour en modifier complètement l'action et pour amener des résultats directement opposés à ceux que l'on cherchait à obtenir.

J'ai encore à citer une intéressante observation d'hystéro-catalepsie, publiée dans le numéro de mai 1883 des *Annales médico-psychologiques*; mais je crois en avoir assez dit pour vous convaincre, messieurs, qu'en accordant à M. le Dr Millet le titre de membre correspondant, vous vous associez un travailleur, un médecin zélé pour tout ce qui touche à notre spécialité.

Les conclusions du rapport de M. Cotard sont adoptées et M. Millet, à l'unanimité des membres présents, est nommé membre correspondant.

M. G. BALLET. — Messieurs, M. le Dr Milan-Vladimir Vassitch, de Belgrade (Serbie), sollicite l'honneur d'être nommé membre associé étranger de votre Société. A l'appui de sa candidature, il présente un travail intitulé: *Etude sur les chorées des adultes*. C'est ce travail que votre commission a eu à examiner et dont je suis chargé de vous apporter l'appréciation et le compte rendu.

L'on est en droit, j'imagine, d'exiger d'un auteur qu'il ait mis, dans son œuvre, non ce qu'on eût désiré qu'il y mit, mais simplement ce qu'il s'est proposé d'y mettre. S'il en était autrement, nous regretterions que M. Vassitch n'ait point, dans son étude, fait à la pathologie générale la part qui lui revenait. Le sujet, ce nous semble, demandait à l'heure actuelle à être envisagé d'un peu plus haut que l'auteur ne l'a fait. Il eût été intéressant notamment de reviser à la lumière de faits cliniques nouveaux la loi, peut-être trop absolue, qui subordonne la chorée au rhumatisme. Si M. Vassitch avait dirigé son attention de ce côté, il nous eût fourni sans doute d'intéressants renseignements sur les relations de l'arthritisme et du nervosisme (nous ne disons plus du rhumatisme et de la chorée), relation qui paraît s'affirmer plus clairement de jour en jour. A peine l'auteur

fait-il à ces problèmes de nosologie une courte allusion dans un des chapitres de sa thèse. Ce qu'il en dit, d'ailleurs, se perd au milieu des détails d'une étiologie quelque peu incohérente où la migraine, par exemple, est mise à côté de la syphilis.

Au reste, à la lecture du travail de M. Vassitch, on devine que, peu familier avec les données de la pathologie générale, l'auteur s'est proposé surtout de faire œuvre de nosographie; aussi est-ce en nous plaçant au point de vue, qui certes n'est pas à dédaigner, de la description clinique pure, méthodique et rigoureuse, que nous devons envisager la thèse de ce dernier. — Il eût été désirable que M. Vassitch nous dit, au début de son travail, ce qu'il appelle la chorée. C'est qu'en effet cette dénomination abrite des formes cliniques nombreuses et fort différentes les unes des autres. Sans parler des chorées rythmiques et malléatoires des hystériques que l'auteur signale à peine, de la chorée électrique qu'on observe dans des situations pathologiques fort variées, il eût été utile, croyons-nous, de faire cesser la fâcheuse confusion qui règne encore entre la danse de Saint-Guy et la chorée vulgaire. On sait aujourd'hui qu'il s'agit là de deux affections très différentes, trop longtemps identifiées l'une à l'autre sous une synonymie abusive. Ne soyons point trop sévères. On peut excuser M. Vassitch d'être tombé dans une erreur que n'avait pas su éviter Sydenham. — Mais on n'en est pas moins fondé à regretter que le défaut d'une définition précise, l'omission d'une classification nette dès le début de la thèse, jette sur l'ensemble de la description tentée par l'auteur un vague et une obscurité que ne suffisent pas à dissiper les quelques pages consacrées, au milieu du travail, à l'esquisse des formes et de l'évolution de la chorée.

M. Vassitch a cherché, dans l'un des chapitres de sa thèse, à tracer la description des troubles intellectuels chez les choréiques. C'est là la partie de son étude à laquelle l'auteur paraît attacher le plus d'importance, c'est au moins celle sur laquelle, dans sa lettre de candidature, il appelle spécialement l'attention de la Société. Nous eussions été heureux que M. Vassitch, s'efforçant de faire œuvre originale, eût essayé de mettre en relief à l'aide de documents personnels les troubles psychiques si intéressants des choréiques. Nous devons du moins lui savoir gré de nous

avoir remis sous les yeux la description si claire et si topique de Marcé.

M. Vassitch indique avec juste raison comme susceptibles de donner lieu à des recherches intéressantes, certains côtés de l'histoire des chorées, notamment l'étude de la chaleur et des fonctions de désassimilation. Il est fâcheux que l'auteur n'ait pas eu le loisir de poursuivre ses recherches avec plus de précision et de rigueur, qu'il se soit contenté d'apprécier la température des choréiques à l'aide de la main, et le chiffre de l'urée excrétée « d'après l'habitus extérieur des malades, » c'est lui qui parle.

Les trente-sept observations qui figurent à la fin du travail de M. Vassitch, empruntées presque toutes à la littérature médicale sont, pour un bon nombre, intéressantes et pourront servir à édifier un jour l'histoire des chorées des adultes, à quelqu'un qui voudrait entreprendre la même tâche que M. Vassitch.

Messieurs, si l'étude que nous venons d'apprécier trahit de la part de son auteur une certaine inexpérience, s'il y manque presque toujours la précision et quelquefois la clarté, nous ne devons pas oublier que, par suite d'un douloureux événement, M. Vassitch a été privé au dernier moment de la précieuse direction du regretté professeur Lasègue, qui lui avait inspiré l'idée du travail dont il s'agit. C'est là sans doute ce qui explique les fâcheuses lacunes et les trop nombreuses défec-tuosités de la thèse de M. Vassitch.

Ces lacunes et ces défec-tuosités, il était de notre devoir de vous les indiquer ; mais, d'autre part, votre commission s'est rappelée que la Société médico-psychologique pèse quelquefois plus le bon vouloir que les titres des candidats, votre rapporteur est fondé à en parler ;

Que M. Vassitch est étranger, et que du fond de la Serbie il pourra peut-être nous envoyer d'intéressants détails sur les psychopathies orientales ;

Aussi votre commission vous propose-t-elle de l'admettre au nombre des membres associés étrangers.

Les conclusions du rapport de M. Ballet, sont adoptées et M. Milan Vassitch est nommé à l'unanimité membre associé étranger.

*Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive.*

M. BALLET fait sur cette question, en son nom et en celui de M. Landouzy, une communication insérée dans le numéro des *Annales* de janvier 1884 (p. 29).

M. FALRET fait remarquer que Morel a insisté sur la coïncidence entre l'hérédité nerveuse et l'ataxie locomotrice.

*Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés (suite).*

M. ESPIAU DE LAMAESTRE. — Je remercierai d'abord nos deux savants collègues, MM. Dally et Falret, d'avoir mis à l'ordre du jour de nos séances une question dont l'importance est tout aussi grande que celle des entrées des aliénés dans les asiles.

De la discussion qui s'est ouverte et de l'exposé des idées de chacun de nous sur ce sujet sortira certainement quelque utile application.

Dans cette lecture, qui ne sera qu'un rapide aperçu, traduisant le fruit d'une expérience déjà longue, je suivrai l'ordre adopté par notre honorable collègue M. Falret.

4° SORTIES D'ESSAI OU PROVISOIRES.

Je suis peu partisan de ces sorties auxquelles je reconnais plus d'inconvénients que d'avantages; je ne les repousse pas d'une façon *absolue*, mais j'estime qu'elles ne doivent être autorisées que dans des limites très restreintes.

En règle générale, elles ne doivent pas être trop prématurées. Il convient d'attendre, pour les permettre, que la résistance cérébrale soit suffisamment établie. L'aliéné à qui on accorde une sortie provisoire, revient d'habitude dans le milieu où la maladie a pris naissance, où elle a fait explosion sous l'influence d'événements dont le souvenir, en se réveillant, ne peut affecter l'esprit que d'une façon défavorable. Il n'est pas rare de voir des malades revenir plus troublés qu'auparavant à la suite d'une sortie d'essai, ayant ainsi perdu le bénéfice des premiers temps du traitement et se trouvant dès lors dans des conditions plus

fâcheuses, plus rebelles à l'action des divers moyens physiques et moraux.

A Ville-Évrard j'ai rarement accordé des sorties provisoires chez les malades de l'asile. Il n'en a pas été de même au pensionnat, où les familles se montrent en général plus exigeantes. Il faut dire aussi qu'au pensionnat les placements sont presque tous volontaires et que, dans ces conditions, les sorties sont plus faciles et n'exigent aucune formalité administrative; tandis que les aliénés placés d'office dépendent plus directement de la préfecture de police qui ne s'est jamais montrée favorable à ce genre de sorties.

Généralement je n'autorise les sorties provisoires que sur les sollicitations réitérées des familles. Je concède volontiers une sortie de quelques heures dans les environs de l'asile, mais j'ai l'habitude de me montrer plus difficile pour les sorties d'un à plusieurs jours dans Paris.

La plupart de celles que j'ai accordées ont été suivies de résultats si fâcheux, qu'aujourd'hui j'ai pris pour règle de conduite de ne jamais les provoquer.

Voici quelques faits à l'appui de ma manière de voir à ce sujet :

En 1880, M. D..., alcoolique avec affaiblissement du sens moral, perversion des sentiments affectifs, fut conduit au pensionnat de Ville-Évrard. Son père, qui habite Constantinople, a toujours conservé l'espoir d'une guérison. Aussi avait-il chargé son second fils, qui occupe à Paris une position des plus honorables, de faire sortir son frère de temps en temps.

Aucune des sorties provisoires qui ont eu lieu n'a été de quelque utilité pour le malade; mais toutes ont occasionné une série de désagréments très pénibles à son frère, dont la position est très en vue.

Une première fois le malade, qui venait d'être habillé à neuf de pied en cap, quitte son frère, erre dans le quartier, où il passe tout son temps chez les marchands de vin, et rentre au bout de trois à quatre jours couvert de gueulles.

Dans une deuxième sortie d'essai, il se met à vendre pièce à pièce le mobilier de son frère; une troisième fois, il lui vole un billet de banque dans son secrétaire, toujours pour aller boire.

Aujourd'hui la famille s'est enfin décidée à renoncer à ces sorties.

En juillet 1882, la femme d'un négociant fut placée au pensionnat pour une manie hystérique. Son mari veut un jour essayer d'une sortie. A peine arrivée chez elle, la malade, qui est jeune et jolie, s'esquive, descend dans la rue où elle se laisse courtiser par un monsieur qui l'accoste, la fait monter dans une voiture et l'emmène promener dans Paris, au bois de Boulogne. Elle ne rentra que fort avant dans la soirée chez elle, où elle trouva son mari dans la plus vive inquiétude, ce qui se comprend facilement, et son inquiétude ne fit que s'accroître après le récit de l'emploi de sa journée que lui fit sa femme.

Le lendemain, il se hâta de la ramener à Ville-Evrard, et il a renoncé pour toujours à des sorties d'essai.

Un jeune homme de vingt-deux ans, atteint de débilité mentale avec des vertiges épileptiformes, fut envoyé, il ya quatre ans, au pensionnat de Ville-Evrard. Il m'était recommandé par notre excellent collègue M. Constans, inspecteur général honoraire du service des aliénés.

Le malade avait été placé précédemment dans un asile de province d'où sa mère, au bout de quelque temps, voulut le faire sortir à titre d'essai. Un jour, elle le surprit se livrant aux actes les plus obscènes sur sa petite sœur âgée de huit ans.

Le malade fut réintégré dans l'asile d'où, quelque temps après, sa mère le fit sortir de nouveau pour le placer chez un prêtre ami de la famille, qui voulut bien se charger de lui; mais bientôt devenu insubordonné, menaçant, il quittait parfois la maison et restait absent pendant plusieurs jours. Il fut enfin rendu à sa mère qui le plaçait en 1879 au pensionnat de Ville-Evrard.

Au commencement de cette année, cédant aux sollicitations réitérées de son fils et surtout à la pression de quelques membres de la famille, sa mère voulut faire un nouvel essai. Elle me demanda un congé de deux mois que je ne lui accordai qu'à regret.

Elle se garda bien de le reprendre chez elle, après ce qui s'était passé autrefois; elle le mit à Poitiers dans une maison dirigée par des religieux où il jouissait d'une certaine liberté.

Le congé n'était pas expiré qu'elle m'écrivit désolée pour

me prier d'envoyer le plus tôt possible chercher son fils, dont la conduite donnait lieu à des scènes de scandale dans le pays; le directeur de la maison ne voulait plus le garder.

Il fut ramené à Ville-Evrard, et sa mère a renoncé pour toujours aux sorties provisoires.

Ainsi, voilà plusieurs sorties d'essai faites chez trois malades qui non seulement n'ont eu pour eux aucun avantage, mais qui, indépendamment des perplexités et des tourments, auraient pu avoir pour les familles les plus graves conséquences.

Les sorties provisoires ont d'autres inconvénients qu'ont été déjà signalés. A mon tour, je dirai que les sorties d'essai sont souvent demandées par les parents dans un tout autre but que celui d'être utiles à leurs malades. On les fait sortir pour obtenir leur signature dans des affaires d'intérêt, ce qui peut avoir quelquefois des inconvénients graves pour le médecin.

On objecte que des signatures données dans ces conditions ne sont jamais valables, les malades qui les donnent étant encore en traitement.

Il n'en est pas moins vrai que, dans certains cas, lorsque surtout sont en jeu de graves intérêts entre divers membres d'une famille, un procès peut surgir par le fait d'une signature donnée même dans ces circonstances. Car on peut dire que ce malade, lorsqu'il a donné sa signature savait bien ce qu'il faisait, se trouvait dans un moment lucide; et le médecin qui, dans le but d'être utile au malade, a autorisé la sortie provisoire, peut se trouver impliqué et plus ou moins compromis dans des affaires litigieuses, parce que, de la sortie, il a facilité au malade le moyen de donner sa signature.

En 1879, le frère d'un aliéné, accompagné d'un homme d'affaires, se rendait à Ville-Evrard, et tous deux à l'insu des gardiens parvinrent à faire signer au malade une procuration pour pouvoir toucher une somme assez importante auprès d'une grande compagnie de chemin de fer.

La somme fut payée, mais l'administrateur des biens des aliénés non interdits ayant eu connaissance de ce fait irrégulier, un procès survint, procès qui dura deux ans et qui occasionna de nombreux désagréments à l'administration.



Ces irrégularités se commettront bien plus facilement, si l'on prend l'habitude d'accorder aux aliénés des sorties provisoires; et le médecin qui aura autorisé ou conseillé la sortie se trouvera bien plus directement inquiété que lorsque l'irrégularité que je signale se sera produite dans l'asile.

En accordant des sorties provisoires ou des congés, le médecin sera toujours dans l'inquiétude, car en définitive il devient en quelque sorte responsable des actes plus ou moins irréguliers que le malade peut commettre.

Si chacun de nous, dans les asiles de la Seine, lâchait ainsi tous les jours cinq ou six aliénés dans les rues de Paris, où en serait-on ? Depuis quelque temps, on ne voit que trop d'accidents ou d'événements tragiques occasionnés par des aliénés en liberté, pour que le médecin aille, de son plein gré, en faciliter et accroître le nombre.

Je crois qu'en pareille matière le libéralisme n'a rien à faire. Il n'y a qu'une question essentiellement médicale, de la solution de laquelle dépend la sécurité publique.

Autoriser sur une grande échelle les sorties provisoires et les congés, c'est ouvrir la porte à toute espèce d'accidents, à une multitude d'actes criminels, à toutes sortes d'abus, sans compter les soucis et les inquiétudes en permanence que le médecin se crée, et cela pour un résultat bien aléatoire au point de vue des avantages que ce genre de sorties peut fournir aux malades.

Cette question des sorties provisoires ou d'essai n'est donc pas aussi simple qu'on pourrait le penser tout d'abord, elle exige de la part du chef de service beaucoup de tact et de prudence à tous les points de vue.

## 2° DES ALIÉNÉS DANGEREUX

Cette deuxième partie de la question me touche particulièrement, non pas tant à cause de l'agression dont j'ai failli être victime que par le fait de l'évasion et de la sortie de deux aliénés qui, plusieurs mois après avoir quitté l'asile de Ville-Evrard, ont été dans ces derniers temps les tristes héros d'événements dramatiques.

Dans plusieurs de mes comptes rendus annuels, j'ai attiré l'attention de l'administration sur la catégorie d'aliénés dits criminels et que j'appellerai plutôt aliénés dangereux. Sous ce terme générique je comprends les

aliénés qui sont dangereux à quelque titre que ce soit : aliénés homicides, incendiaires, suicides, évadeurs déterminés; et, dans ces rapports annuels, j'ai fait remarquer l'utilité qu'il y aurait, en attendant la création d'établissements spéciaux, d'installer dans chaque asile un quartier où ces aliénés seraient séquestrés et soumis à une surveillance incessante de jour et de nuit. Car, pour les asiles de la Seine, l'évacuation des aliénés dangereux sur Bicêtre, qui possède un quartier de sûreté, n'est pas toujours possible, faute de place, et cette mesure est absolument impraticable quand il s'agit d'aliénés placés volontairement par les familles et de pensionnaires séquestrés d'office.

Pour cette catégorie d'aliénés, c'est-à-dire pour les aliénés dangereux en général, je distinguerai les sorties régulières et les sorties irrégulières.

#### SORTIES RÉGULIÈRES.

Après un séjour plus ou moins prolongé dans l'asile où le traitement a été suivi d'une certaine amélioration, la question de sortie nous est quelquefois posée, soit par les malades eux-mêmes et leur famille, soit par l'autorité judiciaire.

Quel parti prendre dans ces cas qui sont toujours embarrassants et dans lesquels se trouve mise en jeu la responsabilité du médecin? Celui-ci résiste le plus longtemps possible, mais il arrive un moment où, poussé à bout, il doit prendre une décision définitive.

Dans ces cas, à Paris ou dans les asiles de la Seine, nous avons parfois recours à l'intervention des médecins inspecteurs de la préfecture de police, qui nous éclairent de leur expérience et partagent avec nous la responsabilité qui s'impose dans ces circonstances. La nouvelle loi propose l'organisation d'une commission spéciale qui serait appelée à délibérer et à prendre une détermination pour ces cas particuliers.

Je n'hésite pas à me déclarer partisan de cette mesure qui donnera satisfaction à tout le monde, au chef de service, à la famille, à l'autorité judiciaire, au public.

Quant au malade, il pourra quelquefois avoir gain de cause auprès de cette commission; dans le cas contraire,

il n'aura qu'à s'incliner devant cet arbitrage souverain.

Quelle devra être la composition de cette commission ?

J'estime que, pour la Seine, le chef de service, un médecin inspecteur de la préfecture de police, et un délégué du tribunal devront en faire partie.

Pour plus de garantie, dans les cas de mise en liberté, on pourrait en même temps faire engager la famille par la signature d'une pièce officielle qui serait conservée au dossier du malade.

C'est ce qui a lieu depuis quelque temps à Ville-Evrard, où des imprimés *ad hoc* sont remplis par le membre de la famille qui demande la sortie du malade sous sa responsabilité et qui s'engage à veiller sur sa conduite, à lui faire donner les soins qui peuvent être encore nécessaires.

#### SORTIES IRRÉGULIÈRES OU PAR ÉVASION DES ALIÉNÉS DANGEREUX

Quelles sont les mesures à prendre dans ce cas ? Et d'abord comment procède-t-on d'une façon générale aujourd'hui pour les évasions ?

Quand l'évadé n'est point à craindre, quand une certaine amélioration avait été constatée chez lui quelque temps avant son évasion, nous disons dans notre certificat que le malade pourrait vivre en liberté, surtout s'il y a une famille qui se charge de lui.

Mais quand le malade a de mauvais antécédents, quand il a été reconnu que le séjour à l'asile n'a point corrigé ses mauvais instincts ou ses tendances impulsives dangereuses, notre certificat, au moment de l'évasion, conclut à la nécessité de la réintégration.

Or, dans ce dernier cas, il arrive souvent que les conclusions de ce certificat ne sont pas prises en considération; et le malade est laissé en liberté. D'où des conséquences très fâcheuses et très regrettables parfois. Je pourrais citer des exemples tout récents qui ont eu un grand retentissement dans la presse.

Ces malades signalés dans le certificat d'évasion comme étant ou pouvant devenir dangereux devraient être toujours recherchés et réintégrés le plus tôt possible, afin d'éviter les accidents graves qui arrivent presque inévitablement dans ces conditions.

### 3<sup>e</sup> DES MESURES A PRENDRE POUR LA SORTIE DES ALIÉNÉS INOFFENSIFS.

Y a-t-il d'abord des aliénés véritablement inoffensifs? Je crois que l'on peut répondre par la négative. Pinel, notre maître à tous, a dit avec raison que tout aliéné peut devenir dangereux.

Chacun de nous certainement pourrait citer des cas où le jugement favorable que nous avons porté, concernant des aliénés supposés inoffensifs, s'est trouvé en défaut.

La question du milieu joue toujours un très grand rôle dans les sorties accordées aux aliénés en général, et les aliénés jugés inoffensifs ne peuvent pas plus que les autres se soustraire à cette influence.

Combien d'aliénés qui, parfaitement calmes et n'ayant jamais commis aucun acte irrégulier pendant toute la durée de leur séjour à l'asile, se sont livrés à des actes regrettables à un moment donné, plus ou moins longtemps après leur mise en liberté!

Je citerai les alcooliques toujours en si grand nombre dans les asiles, particulièrement dans les asiles de la Seine. Ces aliénés, peu de temps après leur séquestration, deviennent en général calmes et raisonnables. Tout porterait à les considérer comme inoffensifs. Les parents, les représentants de l'autorité judiciaire s'étonnent que l'on retienne ces malades dans les asiles. Surgissent des plaintes, des réclamations devant lesquelles le médecin est obligé de céder quelquefois. Or, dans bien des cas, il arrive que ces malades mis en liberté ne tardent pas à commettre les actes les plus graves.

Les aliénés débiles ou faibles d'esprit constituent encore une grande classe de malades qui sont encore le plus souvent inoffensifs dans les asiles et qui, rendus à la liberté, dépourvus de surveillance, deviennent un danger pour la morale et la sécurité publiques.

A propos de cette catégorie d'aliénés dits inoffensifs, il est une observation qui a été certainement faite par plusieurs d'entre nous dans les asiles de la Seine. Le dossier de ces malades, tel qu'il nous est soumis, est loin d'être complet et de relater toute la vie pathologique du malade au point de vue mental.

Généralement les dossiers des aliénés, dans les asiles de la Seine, sont loin d'être aussi complets que ceux des aliénés des asiles de province où, indépendamment du certificat d'admission, figurent presque toujours les procès-verbaux des commissaires de police, à défaut de ceux-ci, les interrogatoires faits dans les mairies des communes.

Les dossiers des aliénés, dans les asiles de la Seine, ne contiennent à l'arrivée des malades à Sainte-Anne que le certificat du médecin de la préfecture de police. Ces certificats sont toujours très bien établis certainement, mais, dans nombre de cas, ils ne font pas mention de faits importants dont il serait très nécessaire que fût instruit le médecin dans les asiles.

Je me hâte d'ajouter que cette lacune est presque toujours inévitable, attendu qu'au moment de l'examen fait au dépôt, les médecins n'ont eux-mêmes à leur disposition qu'un dossier incomplet. Les notes ou pièces complémentaires ne parviennent que plus tard dans les dossiers de la préfecture de police.

Cette lacune dans les dossiers de l'asile peut avoir quelquefois des conséquences fâcheuses.

D'abord des aliénés qui auraient besoin d'une surveillance spéciale, à cause de leurs mauvais antécédents, ne sont soumis qu'à la surveillance générale, ordinaire ou commune, parce que, d'après leur dossier, on les regarde comme inoffensifs, d'où les conséquences graves que peuvent avoir quelquefois les évasions de ces malades.

En second lieu, la lacune que je signale portant à regarder comme non dangereux des aliénés qui sont loin d'être inoffensifs, expose le médecin à demander leur mise en liberté, alors que, au contraire, ils devraient être soigneusement maintenus.

Aussi arrive-t-il souvent qu'à un certificat de sortie la préfecture de police répond par une note dans laquelle sont relatés des faits plus ou moins graves à la charge du malade et dont le médecin était absolument ignorant.

En présence de ces renseignements inattendus, le chef de service est obligé de rapporter et d'annuler son certificat de sortie et d'en faire un autre pour demander le maintien du malade.

Afin d'éviter les inconvénients que je signale, il faudrait que, dans ces cas qui tendent à devenir de plus en plus

fréquents, l'administration de la préfecture de police envoyât ultérieurement dans les asiles une note complémentaire qui éclairerait exactement le médecin ou le directeur sur les antécédents du malade. Le chef de service ordonnerait alors une surveillance plus attentive, et, de la sorte, il pourrait éviter de faire fausse route, quand il pense que le moment est venu de demander la mise en liberté.

J'ai parlé de l'utilité et des avantages qu'aura l'intervention de l'autorité judiciaire, principalement dans les cas d'aliénés dangereux dont la sortie est demandée. Si, comme le porte, je crois, le nouveau projet de loi (article 25 de l'exposé des motifs), l'autorité doit donner son avis pour toutes les entrées ainsi que pour les sorties, les difficultés seront grandes.

Le fonctionnement sera peut-être facile dans les asiles de province, dont le mouvement est peu considérable, mais il n'en sera certainement pas de même dans les asiles de la Seine où les entrées et les sorties se comptent annuellement par milliers, ainsi que le prouve le relevé suivant :

*Asiles d'aliénés de la Seine. Exercice de 1882.*

Admissions à l'asile Sainte-Anne. . . . .	3.491
— au pensionnat de Ville-Evrard. . . . .	405
Total. . . . .	<u>3.596</u>

Sorties par guérison ou amélioration :

Sainte-Anne. . . . .	424
Vaucluse . . . . .	264
Ville-Evrard. . . . .	374
Total des sorties pour les trois asiles. . . . .	<u>1.056</u>
Total des admissions et des sorties pour les trois asiles. . . . .	<u>4.652</u>

Pour 1883 le total des admissions et des sorties sera certainement supérieur à 5,000.

Il est aisé de comprendre combien, dans ces conditions, les difficultés seront grandes. Il faudra que la commission, pour ainsi dire, en permanence ou constamment en route, ce qui ne laissera pas que de présenter des empê-

chements sérieux quand l'asile se trouvera situé à une grande distance du chef-lieu d'arrondissement, et il sera nécessaire que ses décisions pour les sorties aient lieu dans un bref délai afin d'empêcher un trop grand encombrement de l'asile.

Mais c'est là un point de vue de détail dans la future organisation que je me borne à signaler.

M. LUNIER se déclare ennemi des congés trop fréquemment accordés; mais il est partisan des sorties à titre d'essai. M. Lunier fait remarquer que la commission extraordinaire à laquelle M. Espiau a fait allusion n'existe pas. Il en a été question dans la commission extra-parlementaire, mais on a reconnu la difficulté d'en assurer le fonctionnement. L'article 44 renvoie les demandes à fin de sortie à la chambre du conseil.

M. FALRET. — La question de commission locale ou de grande commission, comme celles de l'Angleterre, a été souvent discutée, quoique le projet de loi du Sénat ne s'en occupe pas.

M. CHRISTIAN. — Messieurs, j'ai été extrêmement surpris, à notre dernière séance, en entendant M. Legrand du Saulle, dont l'expérience est si grande, s'élever avec une certaine véhémence contre les sorties temporaires, les congés, accordés à nos malades. Aujourd'hui M. Espiau de Lamaestre n'a pas été moins catégorique, lui non plus ne veut pas de ces permissions.

Permettez-moi d'être d'un avis tout opposé. Depuis que j'ai l'honneur d'être chef de service, soit à Maréville, soit à Charenton, j'accorde les congés de la façon la plus large; — mon collègue Ritti en agit de même, — et je puis dire que ni l'un ni l'autre nous n'avons jamais eu à nous repentir de notre tolérance, qu'au contraire nous en avons retiré les plus grands avantages.

Il y a évidemment une distinction à établir; tous les aliénés indistinctement ne peuvent pas être autorisés à se promener hors de l'établissement pendant quelques heures ou quelques jours. Il y a un choix à faire; chaque cas doit être examiné à part. Mais que de malades qui peuvent bénéficier de cette demi-liberté! Combien, parmi les déments, les paralytiques en période de rémission, les jeunes gens atteints de faiblesse intellectuelle, incapables de vivre dans leurs familles d'une manière continue, — combien

pour qui ces sorties constituent un bienfait inappréciable !

En permettant à ces malades d'aller de temps en temps passer quelques heures avec les leurs, il arrive que les liens de famille ne se relâchent pas. L'aliéné ne devient pas un étranger pour les siens, il ne se sent pas abandonné.

Mais il y a un autre avantage, qui me paraît de la plus haute importance ; en agissant ainsi, le médecin donne à l'asile d'aliénés la physionomie qu'il doit véritablement avoir. L'asile cesse d'être la *renfermerie* ; — si je ne craignais d'exagérer, je dirais la *prison* ; — il devient la maison de santé véritable, l'hospice, où le malade est soigné, où il jouit de toute la liberté qui peut lui être accordée, et dont la porte ne reste fermée que s'il le faut absolument.

Qu'il puisse y avoir à cette pratique quelques inconvénients, qu'il se produise parfois des écarts, je ne le nierai assurément pas. Mais quand bien même les inconvénients seraient encore plus grands, je crois que les avantages réels resteraient supérieurs.

D'ailleurs la responsabilité du médecin ne me paraît pas engagée autant que le craignent mes honorables confrères. Quand le malade sort, ce n'est qu'avec les membres de sa famille, ou avec des personnes dûment autorisées par elle. Je ne manque jamais de leur dire que, du moment que le seuil de la maison est franchi, ma responsabilité cesse ; l'aliéné reste confié à celui qui l'emmène avec lui ; il en répond aussi longtemps qu'il ne l'aura pas ramené.

La préfecture de police a sur ce point une jurisprudence très nette ; je la trouve formulée dans la lettre suivante, datée du 15 novembre 1872 :

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Le sieur S..., négociant, vient de m'adresser une demande dans le but d'obtenir en faveur de l'une de vos pensionnaires, l'aliénée E..., âgée de vingt-sept ans, séquestrée d'office depuis le 30 novembre 1871, l'autorisation de faire des promenades dans le bois de Vincennes, sous la surveillance de sa domestique.

Je m'empresse de vous faire connaître que mon administration entend rester complètement étrangère à ces demandes de sorties provisoires, qu'elle considère comme faisant partie intégrante du traitement, et dont elle ne saurait en conséquence assumer la responsabilité. Je vous prie



d'en informer le sieur S..., et vous laisse le soin de prendre à l'égard de l'aliénée telles mesures que vous jugerez convenables.

*Signé* : LE PRÉFET DE POLICE.

Dans ce cas, il ne s'agissait que de promenades au dehors. La question devient plus délicate quand il s'agit de *sorties à titre d'essai*, ressource précieuse dans les convalescences des folies aiguës, dans les cas d'amélioration ou de rémission des formes chroniques. La sortie à titre d'essai permet seule de savoir si l'aliéné est redevenu apte à vivre au dehors.

Dans les cas de placements volontaires, il ne saurait se présenter aucune difficulté. C'est à la famille à s'entendre avec le médecin, dont les conseils devront être écoutés et suivis.

Mais quand il s'agit d'un placement d'office, et que ce placement d'office a été motivé par des actes d'une certaine gravité, le problème peut devenir fort embarrassant. Il s'est présenté pour moi, l'an dernier, dans les conditions suivantes :

Un jeune homme, C..., âgé de vingt-neuf ans, bijoutier, entre à la maison de Charenton le 26 juillet 1882. Il venait de Sainte-Anne, où il avait été placé le 27 avril, avec un certificat de M. Magnan portant : « Epilepsie avec délire mélancolique. »

Ce malade était à peine depuis quelques semaines dans mon service, que je fus en butte aux obsessions de sa famille qui voulait absolument le reprendre avec elle : elle prétendait, comme c'est la coutume, que le chagrin d'être séparé des siens l'empêchait de guérir et aggravait son état. De guerre lasse, je voulus transiger, et, dans le certificat suivant, daté du 31 octobre 1882, je demandais au préfet de police d'accorder une *sortie à titre d'essai* :

« C..., disais-je, est atteint d'une aliénation mentale caractérisée par des idées de persécution, des hallucinations de l'ouïe et de la sensibilité générale. Le malade est signalé comme épileptique, mais depuis son entrée il n'a été observé chez lui aucune attaque convulsive. C... est plus calme qu'au moment de son entrée, quoiqu'il ait toujours les mêmes idées délirantes. Sa famille réclame avec instances sa sortie, elle promet de le surveiller et de le diriger : je

doute que le malade puisse rester en liberté; cependant, comme en réalité l'excitation est devenue beaucoup moindre, je pense que l'on pourrait à titre d'essai, le remettre à sa famille pendant une quinzaine de jours avant de statuer sur sa sortie définitive. »

A ce certificat, le préfet de police<sup>2</sup> répondait trois jours après :

MONSIEUR LE DIRECTEUR,

Le 31 octobre dernier, vous m'avez transmis, sur ma demande, un certificat de situation concernant l'aliéné C..., séquestré d'office, le 26 juillet dernier, dans l'établissement que vous dirigez.

M. le Dr Christian, médecin traitant, fait connaître dans cette pièce que le malade est toujours dans les mêmes idées délirantes, qu'il est douteux qu'il puisse rester en liberté mais que, la famille réclamant avec instances sa sortie, l'on pourrait, à titre d'essai, le remettre à sa famille pendant une quinzaine de jours, avant de statuer sur sa sortie définitive.

Je crois devoir vous faire remarquer à cette occasion, monsieur le directeur, que les mesures prises par mon administration à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale sont surtout motivées par un intérêt d'ordre public, et qu'il m'est impossible d'assumer la responsabilité de sorties temporaires, qui se rattachent en réalité au traitement des malades, ou qui sont destinées à permettre au médecin de constater le degré d'amélioration survenu dans l'état des aliénés.

C'est donc au directeur de l'asile qu'il appartient, sous sa responsabilité et celle du médecin traitant, d'accorder ou de refuser ces sortes de congés.

En conséquence, j'attends que vous me transmettiez un certificat médical concluant formellement à la mise en liberté du sieur C..., pour prendre un arrêté autorisant sa sortie.

Signé : LE PRÉFET DE POLICE.

J'ai pensé, messieurs, qu'il n'était pas sans intérêt de vous communiquer ces deux documents, qui établissent la jurisprudence de la préfecture de police dans les cas que

nous examinons. On le voit, la préfecture de police se désintéresse absolument de la question; elle ne veut pas intervenir, disant qu'il appartient au médecin seul de prendre une décision.

C'est la solution qui me paraît la plus sage, la seule logique, et je regrette que l'autorité administrative ne s'inspire pas toujours des mêmes principes, qu'elle ne veuille pas, dans tous les cas, reconnaître la compétence exclusive du médecin.

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je désire répondre quelques mots à certains points que M. E. de Lamaestre a traités dans sa communication si intéressante.

1<sup>o</sup> Jusqu'à ce jour, tout évadé qui venait à être arrêté n'était point fatalement reconduit dans un établissement d'aliénés. S'il paraissait calme, lucide, raisonnable, inoffensif, capable de travailler, le commissaire de police du quartier se contentait souvent de le laisser chez lui, mais il le faisait surveiller. Depuis les dernières tentatives criminelles dont quelques évadés ont été les auteurs, M. le préfet de police a donné l'ordre de faire activement rechercher tous les évadés et de les faire réintégrer, sans nouvel examen préalable. Il a voulu de la sorte faire statuer sur l'état mental de ces malades par les médecins qui antérieurement leur avaient donné des soins. A l'avenir donc, sauf nouvel avis, il n'y aura plus de sorties irrégulières, par évasion, puisque tout évadé devra être recherché, arrêté et placé de nouveau. C'est seulement sur le certificat formel du chef de service que la sortie définitive sera ordonnée. Ces nouvelles mesures vous paraîtront certainement excellentes.

2<sup>o</sup> M. E. de Lamaestre a cru remarquer que les certificats dressés à l'entrée des malades étaient parfois insuffisants, au point de vue des renseignements sur les actes commis par les malades. Notre collègue a probablement raison, mais avec la hâte excessive qui a été prescrite aux agents de l'autorité, afin d'éviter aux présumés aliénés un séjour quelque peu prolongé, soit d'abord dans les postes de police, soit ensuite à l'infirmerie spéciale près le Dépôt, les malades arrivent souvent sans renseignements, avec un simple ordre d'envoi d'un commissaire de police, libellé en quatre lignes et annonçant, *attendu l'urgence*, l'envoi ultérieur du procès-verbal, de l'enquête et de toutes les

pièces de la procédure ! Dans ces cas, le dossier n'est complet qu'au bout de deux ou trois jours, tandis que le malade est interrogé et interné immédiatement, s'il y a lieu. Le certificat émanant de l'infirmier spéciale a pu, dans ces conditions, être cliniquement suffisant, mais très insuffisant au point de vue des actes perpétrés en ville par les aliénés. Voilà évidemment l'un des inconvénients de cette grande rapidité administrative et médicale qui, au sujet du placement des malades, a été réclamée, obtenue et ordonnée.

3° M. E. de Lamaestre désirerait que la Préfecture de police lui envoyât en communication les dossiers des aliénés, qui renferment parfois tant de pièces importantes ou curieuses. Jamais cela ne se fera. Les dossiers étaient jadis adressés aux magistrats. Or, quelques-uns ont été égarés. Aujourd'hui, lorsque M. le procureur de la République demande un dossier, on le lui porte et on l'attend, mais on ne le lui laisse pas. On agit de même vis-à-vis de MM. les juges d'instruction.

M. le préfet de police, dans un très grand intérêt d'ordre administratif, ne veut pas rester un seul instant dessaisi d'un dossier, dont il peut soudainement avoir besoin.

Que notre collègue de Ville-Evrard se rassure. De dix heures du matin à six heures du soir, il peut se présenter au bureau des aliénés et demander communication de telle ou telle pièce. On la lui remettra aussitôt, mais il devra la lire sur place.

Nous pouvons tous nous renseigner complètement, mais la surcharge de nos occupations professionnelles nous rend malheureusement bien difficile toute visite un peu prolongée à la préfecture. Telle est la vérité.

M. LUNIER. — L'administration devrait envoyer des notes complémentaires destinées à renseigner sur l'aliéné après son admission dans l'asile.

M. FALRET. — Lorsque nous demandons la sortie d'un malade, il arrive quelquefois que la préfecture nous fait connaître sur l'aliéné des faits que nous ignorons.

M. LUNIER approuve la décision de faire réintégrer les évadés ; c'est une mesure d'ordre, d'exemple moral pour les autres aliénés ; mais il ne pense pas qu'il soit utile de

leur faire subir un nouvel examen médical à la préfecture de police.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

## SÉANCE DU 24 DÉCEMBRE 1883

Présidence de M. MOTET.

Lecture et adoption du procès-verbal de la précédente séance.

### *Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le Dr Luigi Frigerio, remerciant la Société de l'avoir nommé membre-associé étranger ;

2° Une lettre de M. le Dr Obersteiner fils, témoignant sa gratitude pour la Société qui lui a conféré le titre de membre associé étranger ;

3° Une lettre de M. le Dr Millet qui adresse ses remerciements à l'occasion de sa récente nomination de membre correspondant de la Société médico-psychologique ;

4° Une lettre de M. le Dr M. Briand demandant à échanger son titre de membre correspondant contre celui de membre titulaire.

Une commission, composée de MM. Magnan, Bouchereau et Ritti, est chargée de faire un rapport sur cette candidature.

M. MAGNAN dépose sur le bureau une lettre et divers ouvrages de M. le Dr Carrier (de Lyon) qui sollicite le titre de membre correspondant. L'examen de cette candidature est confié à une commission composée de MM. Foville, Motet et Magnan, rapporteur.

Les ouvrages offerts comprennent :

1° *Note critique sur les principaux faits cliniques et anatomo-pathologiques qui ont servi à fonder la doctrine de l'existence d'un centre psycho-moteur dans l'écorce du pied de la troisième circonvolution frontale gauche*, par M. Bitot.

2° *Leçons sur les maladies mentales*, par M. Aug. Voisin (2<sup>e</sup> édition) ;

3<sup>e</sup> Le numéro du 1<sup>er</sup> décembre 1883 du journal *Science et Nature*.

M. LE PRÉSIDENT fait part de la mort du docteur Carrière, ancien médecin du comte de Chambord, et l'un des membres fondateurs de la Société. Il ajoute qu'en regard de cette triste constatation, il est heureux de pouvoir placer l'annonce du succès que viennent de remporter deux membres de la Société, MM. G. Ballet et Paul Garnier, auxquels l'Académie de médecine vient de décerner le prix Civrieux et le prix Falret, et de féliciter les deux lauréats au nom de tous leurs collègues.

#### *Élections des membres du Bureau de 1884.*

Vice-président, sur 18 votants :

M. DAGONET, 16 voix.

M. AUG. VOISIN, 4 voix.

Bulletin blanc, 4.

M. DAGONET est proclamé vice-président pour l'année 1884.

Sont ensuite renommés par acclamation :

Secrétaire général, M. RITTI.

Secrétaires annuels, MM. CHARPENTIER et PAUL GARNIER.

Trésorier, M. AUG. VOISIN.

MM. DALLY et MOTET sont adjoints au bureau pour former le conseil de famille.

La commission des finances est composée de MM. Brochin et Legrand du Saulle, rapporteur.

M. DAGONET remercie en termes émus ses collègues de l'avoir désigné pour occuper le fauteuil de la présidence.

#### *Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale.*

M. CHARPENTIER. — *Historique.* On est surpris, en compulsant les nombreux travaux sur les causes de la folie, de voir combien peu la profession a été prise en considération.

Les nombreuses statistiques contenues dans le recueil si riche de faits des *Annales médico-psychologiques* sont muettes ou vagues à ce sujet. Pinel (1806), Trélat (1850), Marcé (1862), Dagonet (1882) et les auteurs des différents articles d'aliénation mentale des deux Dictionnaires de médecine ne fournissent aucun renseignement à cet égard. Le professeur Ball, dans ses leçons, fait remarquer combien il serait

utile pour cette question d'avoir des statistiques exactes.

Dans le projet de statistique applicable à l'étude des maladies mentales, arrêté par le congrès aliéniste international, projet publié dans les *Annales* de 1868, figure un tableau des causes de la folie qui serait parfait sans une omission : seule la profession n'y est point représentée. Cependant empressons-nous de dire que pour les professions intellectuelles, c'est-à-dire scientifiques, littéraires, artistiques ou religieuses, de nombreuses et bonnes dissertations ont été produites. Constatons aussi que Calmeil (1826), Esquirol (1838), Parchappe (1846) avaient pensé à l'influence possible de la profession et qu'un petit nombre de professions manipulant des substances toxiques a fixé l'attention de Morel, Delasiauve, professeur Ball, Régis et Paul Moreau (de Tours).

Pourquoi l'influence professionnelle a-t-elle si peu fixé l'attention en aliénation mentale ?

Ce défaut de recherches s'explique par plusieurs raisons, dont la principale tient à l'évolution scientifique elle-même en aliénation mentale. Sans remonter aux temps où la folie, considérée comme le résultat d'une intervention divine ou démoniaque, fermait la porte à la recherche de toute autre cause, il convient de faire remarquer combien depuis notre siècle les esprits scientifiques se sont laissé facilement séduire par l'influence de ces causes que, faute d'une meilleure expression, ils ont désignées sous le nom de causes morales.

Les émotions pénibles, les passions dépressives, les peines de cœur, l'amertume des illusions perdues, le débordement des passions, les entraînements de la jeunesse, les excès de l'orgueil, les soucis dévorants de l'envie, les fureurs de la haine, les concentrations de l'égoïsme, le traumatisme moral et le remords, toutes ces expressions non moins descriptives qu'émouvantes ont été invoquées pour expliquer l'aliénation mentale qui souvent n'est que trop développée lors de l'apparition de ces prétendues causes ; toutefois nous ne rejetons pas la valeur partielle de ces causes morales, nous ne rejetons que l'emploi abusif que l'on en a fait, aux dépens de causes plus faciles et plus utiles à apprécier. A notre époque, et on peut dire que c'est là sa caractéristique en médecine mentale, une autre cause a été mise en relief, prépondérante, à savoir : l'hérédité, affirmée par

des travaux aussi brillants que nombreux de Moreau) de Tours), Morel, Falret, Lasègue, Legrand du Saulle, professeur Ball, Lunier, Marandon de Montyel, Régis et Billod. Certes, son influence est incontestable, mais actuellement, c'est une cause mystérieuse, fatale, supérieure à nos moyens d'action et bien peu faite d'ailleurs pour tenter les efforts de la thérapeutique. Etant donnée cette prépondérance de l'hérédité, on comprend combien peu les esprits ont été portés à rechercher les autres causes, milieux cosmiques ou professionnels, pourtant moins difficiles à apprécier, plus faciles à éviter, et surtout plus capables de contribuer à des recherches efficaces au point de vue de l'hygiène et de l'art de guérir. D'ailleurs si héréditaire que soit la folie, et toutes les folies ne sont pas héréditaires, cette hérédité ne peut être elle-même envisagée autrement que comme le résultat de causes extérieures physiques, chimiques ou mécaniques ayant agi en les modifiant sur le tissu nerveux ou le cerveau des ancêtres, et à ce point de vue, ce n'est que toute justice de subordonner l'influence héréditaire, malgré sa prépondérance à notre époque, à ses véritables causes, milieux cosmiques au nombre desquels figure nécessairement l'influence professionnelle.

Les considérations qui précèdent permettent de comprendre que si les observations démontrant l'influence de la profession sur le développement de la folie sont peu nombreuses, ce n'est pas que les cas en soient rares, mais c'est que, n'ayant pas sollicité l'attention des travailleurs, ils n'ont pas été publiés ni recherchés.

Comme cette question n'en est encore qu'à ses origines, on nous pardonnera donc de n'avoir pas cherché à faire un traité sur ce sujet, et de nous être borné à en faire une esquisse qui, si légère qu'elle soit, pourra peut-être guider pour les recherches en ce sens.

*Quelles sont les professions capables de contribuer au développement de l'aliénation mentale? Quel est leur rôle dans ce développement?*

C'est après nous être posé ces questions et avoir examiné les solutions qu'elles comportaient, que nous nous sommes arrêtés à un groupement de professions que nous vous demandons la permission de vous soumettre, groupement



artificiel s'il en fut, mais qui nous a paru le plus commode pour l'exposé de la question.

Nous avons classé les [professions] en quatre groupes principaux.

*Premier groupe.*

Nous avons d'abord réuni en un groupe (et c'est le moins discutable) les professions qui peuvent produire la folie par les matières toxiques avec lesquelles l'exercice de la profession oblige l'individu à être fréquemment en contact, que ces matières soient manipulées ou soient le produit de dégagement des manipulations.

Ce sont des professions exposant à des agents chimiques nuisibles à l'économie et portant leur action fréquemment sur le cerveau. Ce groupe comprend donc les folies toxiques professionnelles, ou sous un autre terme, les professions produisant des folies toxiques. Ce sont celles où l'individu est exposé à l'action du plomb, de l'arsenic, ou même du phosphore, de l'alcool, du sulfure de carbone, de l'oxyde de carbone, de l'indigo, de l'aniline et de la nitro-benzine. Des faits nettement établis démontrent d'une façon péremptoire la production possible de folies par l'action de ces produits manipulés ou dégagés. L'action funeste du plomb était déjà connue d'Esquirol qui écrivait (p. 22, 1808) : La vapeur de plomb produit en Ecosse une espèce de manie dans laquelle les mineurs se déchirent à belles dents et que les Ecossais appellent mille-breeck. Nous ne vous ferons pas l'histoire des troubles cérébraux désignés sous le nom d'encéphalopathie ou de pseudo-paralysie générale saturnine, bien décrits par Grisolle, Devouges, professeur Ball et Régis. L'alcoolisme cérébral des ouvriers qui travaillent les alcools ou les vins, des tonneliers, des brasseurs, des ouvriers des docks de Londres et des dégustateurs de Bercy, et récemment encore observé par M. Lancereaux chez des marchands de vernis, est nettement établi.

Delpech (mémoire Académie de médecine, 1856), Huguenin (thèse 1876) ont fait ressortir les troubles intellectuels dus au dégagement du sulfure de carbone (travail du caoutchouc); l'amélioration rapide de ces troubles après la cessation de la profession a été notée comme pour le plomb.

L'aliénation mentale a été citée chez les calambristes d'Almaden (Espagne) et chez les mineurs d'Idria (Autriche)

qui extraient le mercure et par suite sont exposés à l'intoxication hydrargyrique. Le D<sup>r</sup> Chapuis (*Ann. médico-psychologiques*) l'a constaté chez des mineurs californiens. M. Delasiauve a relaté des troubles mentaux dans une famille exposée aux vapeurs de mercure provenant d'un appareil que le concierge de la maison avait construit dans sa cheminée pour extraire l'or d'alliages qui le contenaient. Marcé rapporte un cas analogue. Oppolzer a retrouvé le mercure dans des cerveaux.

L'arsenic expose à des troubles intellectuels, comme l'ont observé M. Lancereaux (paralysies toxiques) et Kirchgasser, de Cologne. Ce dernier a observé dans les centres manufacturiers de cette ville vingt et un cas d'intoxication arsenicale simulant les symptômes cérébraux de l'alcoolisme (1868). D'ailleurs rien d'étonnant si l'on songe que M. Armand Gauthier a pu retirer de l'arsenic du cerveau après des intoxications arsenicales prolongées (*Arch. physiol.* 1873).

Binswanger, de Berlin, Blondet ont cité des cas de fièvre des fondeurs (*meising fieber*), fièvres avec manie chez les fondeurs de laiton, ce qui pourrait bien mettre le zinc en cause; Imbert-Gourbeyre, de Clermont-Ferrand, qui a observé de près le travail des écorces d'oranges dans cette localité, a décrit des troubles intellectuels qu'il attribue à l'essence d'amandes amères. M. Paul Moreau (de Tours) (1873), a rapporté quinze observations d'aliénation par intoxication produite par l'oxyde de carbone et en a décrit les symptômes sous le nom de folie des cuisiniers. M. Leudet (*Arch. méd.*, décembre 1883), M. Proust, dans son *Traité d'hygiène*, en rapportent chacun deux cas analogues; des troubles du même genre ont été observés dans des fabriques de papier et ont été attribués au dégagement d'acide carbonique pendant la fermentation de la colle; le n° 45 des *Archives de neurologie* (1883) mentionne un cas de manie transitoire consécutive à la fièvre intermittente des ouvriers en carton (Bisworger, de Berlin). — M. Légrand du Saullé avait déjà, en 1857, fait ressortir l'insalubrité des atmosphères des cafés et leur influence sur les maladies cérébrales; mais, entraîné par le côté moraliste, il n'avait considéré que le consommateur, détournant son attention des employés et des patrons de ces établissements, c'est-à-dire de l'élément professionnel. « On prétend, dit Esquirol dans son traité, que les teinturiers qui emploient l'indigo

sont moroses et mélancoliques. » Nous ne savons si le fait a été vérifié, mais M. Jules Bergeron (1865. Académie de médecine) a bien décrit les troubles intellectuels chez les ouvriers qui fabriquent ou emploient les couleurs d'aniline et a fait également ressortir les phénomènes de stupeur dus à la nitro-benzine.

### *Deuxième groupe.*

Si nous avons pu établir ce premier groupe sur des faits authentiques, nous avons le regret de devoir avertir qu'il n'en est pas de même pour les trois autres groupes qui suivent, pour la raison que nous en avons donnée, à savoir qu'on ne s'en est pas occupé.

Dans un deuxième groupe nous avons réuni toutes les professions exposant à des troubles d'ordre physique : froid brusque ou prolongé, général ou local ; chaleur, que cette chaleur soit produite par le voisinage d'un foyer incandescent ou par les irradiations d'un soleil ardent, ou encore changements brusques de température, humidité, décompressions atmosphériques, vibrations trop intenses ou trop prolongées, privation de lumière, etc. On ne peut dire que, dans ce groupe, la profession n'a rien à voir comme cause, car il est impossible chez un fondeur, par exemple, ou un boulanger ou un forgeron de séparer l'élément haute température de la profession qui exige cet élément physique. Ce groupe comprend donc les folies par causes physiques dans le sens propre du mot, et non au sens de certains aliénistes qui rangent, sous cette même dénomination, la masturbation et les maladies du cœur, la fièvre typhoïde et l'insolation, donnant ainsi à cette expression un sens trop étendu.

Ce groupe comprend un nombre de professions plus considérable que le premier et que nous n'avons pas besoin d'énumérer, tant il est facile de se les représenter.

La plupart des aliénistes mentionnent, il est vrai, ces influences physiques comme causes occasionnelles de la folie, mais au peu de détails qu'ils donnent, il est facile de voir qu'ils ne leur accordent aucune importance. Ainsi Georget (Dict. en 30 art. *Folie*) nous dit qu'après la retraite de Russie, l'asile de Wilna reçut un grand nombre de Français devenus aliénés, mais que le froid ne peut être invoqué et qu'il faut chercher la cause dans la fatigue et surtout

dans le découragement. Cependant, en 1862, M. Legrand du Saulle décrit de main de maître les effets du froid sur le système nerveux périphérique et central, sur la congestion cérébrale, fait entrevoir aussi la possibilité de l'action du froid sur la production de la paralysie générale ; mais quelle réserve à propos de la même influence sur les autres folies ! Ellis rapporte une observation (Observ. 40) où l'aliénation mentale due au froid est bien démontrée : c'est, chose surprenante, la seule nette que nous ayons pu trouver. Les troubles cérébraux désignés sous les noms de *the horror* (Dietrich), *calenture*, *ragle*, doivent être rapportés à la haute température ou à l'insolation ; les impulsions subites au suicide après insolation sont admises et pourtant nous ne trouvons presque rien sur l'aliénation mentale par température excessive ; toutefois, rappelons les troubles cérébraux observés chez les ouvriers qui travaillent le zinc (fondeurs) et sur lesquels nous avons peu insisté, parce que les observateurs tendent à les attribuer de préférence aux températures élevées. Somme toute, on voit que l'influence de ces causes physiques a été peu recherchée, *a fortiori* l'influence des professions où elles se rencontrent. Et cependant, si les températures excessives (froid ou chaud), si les transitions brusques de température, si les variations brusques et considérables dans les pressions atmosphériques ont pu déterminer des congestions, des inflammations, des hémorrhagies cérébrales ou méningées, ce qui a été fréquemment constaté, et si ces lésions entraînent fréquemment à leur suite l'aliénation mentale, pourquoi donc ces mêmes lésions ne produiraient-elles pas la folie quand elles sont causées par le froid, le chaud ou autres conditions physiques inhérentes aux professions ? Toujours la même réponse : c'est qu'on n'a pas recherché l'aliénation mentale produite dans de telles conditions professionnelles.

### *Troisième groupe.*

Alors même que les deux premiers groupes eussent été mieux étudiés, notre troisième groupe ne pouvait l'être que de nos jours ; il ne pouvait fixer l'attention plus tôt.

Ce troisième groupe plus vaste encore que le précédent, mais où l'influence de la profession ne saute pas à l'œil du premier coup, où son influence paraît moins manifeste

quoique bien évidente, si l'esprit préparé y porte son attention, ce troisième groupe comprend les professions qui ne portant pas d'emblée leurs coups funestes sur le cerveau agissent d'abord en perturbant les autres appareils de la vie de nutrition ou de relation. Ces appareils une fois troublés retentissent à leur tour sur le cerveau et les fonctions intellectuelles. Ici l'action de la profession est très indirecte; entre elle et la folie se trouvent des maladies intermédiaires qui masquent à première vue le rapport entre la cause initiale: profession et l'effet ultime: aliénation mentale. Toute profession qui déterminera une maladie d'un des appareils respiratoire, circulatoire, utérin ou digestif, une maladie de la peau ou des organes des sens, sera capable, à la condition toutefois d'un retentissement de cette maladie sur le cerveau, de produire en définitive l'aliénation mentale. Historiquement parlant, pour que ce groupe pût être constitué, il fallait d'abord établir l'influence des professions sur les maladies des appareils respiratoire, circulatoire, digestif, utérin et des sens, et ceci est maintenant bien connu pour nombre de professions que nous n'énumérons pas; puis il fallait établir l'influence des maladies de ces appareils sur la production des maladies cérébrales et de la folie; cette influence est aujourd'hui connue et admise, grâce aux travaux de MM. Voisin, Loiseau, sur les folies réflexes ou sympathiques, grâce aux recherches sur les embolies cérébrales et leur origine cardiaque, grâce aux observations de folies liées à des maladies de l'oreille ou consécutives à la perte de l'ouïe ou d'un autre sens (Toynbee, Ball, Bonisson). Pour comprendre l'importance de ce groupe de professions agissant par le retentissement cérébral secondaire dû aux maladies des appareils que les professions ont primitivement développées, il faut être bien pénétré de cette idée que la folie, maladie du cerveau, malgré ses allures différentes et caractéristiques, est une maladie comme les maladies des autres organes de l'économie et que, par suite, elle n'échappe pas aux lois générales de la pathologie, lois qui résultent de la solidarité organique et des réactions de l'organisme vis-à-vis des circonstances mésologiques.

*Quatrième groupe.*

A côté de ce troisième groupe prend place logiquement un quatrième groupe qui pourrait même n'en faire qu'un avec le précédent. Aujourd'hui, grâce aux travaux si bien conduits de Berthier, Legrand du Saulle, Ball et Luys sur les folies diathésiques et constitutionnelles, rhumatismales, rénales, goutteuses, anémiques, ischémiques et diabétiques, grâce aux recherches de Morel sur l'impaludisme et les folies qui s'y rattachent, grâce aux travaux de MM. Christian et Marandon de Montyel sur les folies consécutives aux maladies aiguës, et surtout à la fièvre typhoïde, en y joignant les recherches si brillamment commencées de Marcel Briand sur les parasites du sang dans le délire aigu, il est reconnu et admis aujourd'hui que les troubles généraux de la constitution, anémie, rhumatisme, etc., que les états pathologiques constitutionnels, que les troubles généraux engendrés par une nutrition languissante ou ralentie n'exercent que trop souvent une influence nuisible sur le cerveau pour développer les différentes folies que nous avons mentionnées. Il ne reste donc plus qu'un pas à faire pour admettre maintenant que ces maladies reconnaissent souvent comme cause la profession ou des conditions inhérentes à la profession. Ici se groupent les professions à ralentissement indirect sur le cerveau par des maladies générales provenant de l'encombrement, de l'insalubrité de l'atelier ou du milieu de travail (humidité, marécages, travail des mines), de l'air vicié, de la fatigue et du surmenage, le tout souvent greffé sur la misère ou bien encore sur l'alcoolisme, alcoolisme tellement entré dans les mœurs de certaines professions (petits boutiquiers) qu'en abusant du sens du mot, on pourrait l'appeler alcoolisme professionnel.

Nous voudrions arrêter ici notre exposé; mais nous serions incomplet si nous ne signalions d'autres modes suivant lesquels les professions interviennent dans le développement de l'aliénation mentale, d'autant qu'en tenant compte de ces différentes conditions on peut parfois prévenir leur funeste influence.

Par les traumatismes et surtout par les traumatismes cérébraux, plaies de tête, commotions, auxquels certaines professions exposent plus particulièrement, la folie traumatique déjà étudiée par Ellis, mieux connue par les tra-

vieux de Lasègue, Azam, Vallon et surtout de Schlager de Vienne, peut être considérée comme une conséquence trop commune de certaines professions.

Les attitudes vicieuses ou trop longtemps prolongées, déterminant une inclinaison permanente et fixe de la tête comme chez les écrivains, les bijoutiers, violonistes, montrent encore un mécanisme professionnel producteur de la folie. Delasiauve a insisté sur cette influence comme cause de l'épilepsie dans son traité où il a si bien décrit les manifestations délirantes de la même affection.

Il en est de même de ces vertiges si fréquents dans certains actes, tels que la flexion de la tête dans l'acte de se baisser ou, au contraire, l'élévation de la tête et des bras, attitude nécessitée par les travaux des tapissiers, ouvriers du bâtiment, femmes de ménage dans les soins de la maison; ces vertiges dont la relation avec les troubles cérébraux est aussi bien démontrée, font comprendre la possibilité de suspendre ou de modifier ces conditions nécessitées par la profession et dont on peut méconnaître l'importance si l'on n'en est pas prévenu.

Songez encore aux professions qui nécessitent un travail de nuit ou un sommeil trop court. Quand on réfléchit à l'extrême fréquence et à la gravité des insomnies prémonitoires de l'aliénation mentale, opposées à l'influence bienfaitrice d'un sommeil réparateur sur l'intégrité des fonctions intellectuelles, on ne peut méconnaître les dangers cérébraux que courent les individus qui, pour remplir leur profession, veillent la nuit ou abrègent d'autant leur sommeil.

La question du sommeil nous conduit aux autres habitudes troublées par la profession. Dans le domaine de la pathologie cérébrale, aucun médecin ne méconnaît l'influence des fonctions de la digestion sur l'encéphale. Les convulsions dues à la présence de vers intestinaux sont aussi reconnues que l'alourdissement cérébral après un repas trop copieux, que le caractère mélancolique des individus atteints de maladies chroniques des voies digestives, que le délire famélique de l' inanition. Souvent, à ce titre, l'influence de la profession se fait ressentir, soit en abrégant la durée des repas, soit en nécessitant un trop long intervalle entre les repas, influence encore aggravée si, ce qui malheureusement arrive trop souvent, l'alimentation du

matin est remplacée par la stimulation factice d'un breuvage alcoolique.

Nous passons rapidement sur les professions sédentaires, si nuisibles à ceux que les maladies par ralentissement de nutrition (obésité, goutte, gravelle, diabète) menacent toujours au point de vue cérébral, ainsi que l'a d'ailleurs fait remarquer le professeur Bouchard.

Enfin, les professions considérées dans leur rapport avec l'âge méritent encore de fixer notre attention. La prématuration dont nous parlait notre collègue Dally, est applicable aussi aux dangers cérébraux de la profession; d'un autre côté, si la folie a été constatée chez des travailleurs, fonctionnaires, commerçants, militaires ayant quitté trop tôt leurs occupations actives, les mêmes dangers sont à redouter pour les professions prolongées à un âge trop avancé, alors que les troubles organiques de la vieillesse rendent l'exercice de la profession plus pénible, et surexcitent davantage l'individu qui continue à croire que la volonté et l'énergie suffisent pour diriger les fonctions d'organes sénilisés.

Nous n'abordons pas les professions intellectuelles, tout a été dit et bien dit; nous n'abordons pas les professions militaires, soucieux de décliner notre compétence dans cette question.

Messieurs, les considérations que nous venons de vous soumettre ne sont pas des considérations de pure contemplation. Elles permettent de comprendre l'importance de l'appréciation des fonctions cérébrales dans le choix d'une profession, l'intérêt puissant qu'il y a à discerner les différents éléments nuisibles, chimiques, physiques, morbides ou habituelins qui dans les professions interviennent pour agir de plus ou moins loin sur le cerveau; ces considérations viennent apporter leur concours aux autres causes héréditaires et morales, en permettant d'éviter d'aggraver l'influence de ces causes; elles autorisent à étudier les moyens tous les jours plus nombreux et plus sages, de diminuer les traumatismes, l'encombrement et les autres causes d'insalubrité des ateliers et des usines, ainsi que les troubles apportés au sommeil et aux repas, ces auxiliaires indispensables de toute dépense, c'est-à-dire du travail. Elles permettent enfin d'apprécier le rôle moral de ces associations qui, sous le nom de société de patronage,



société de tempérance, se proposent d'atténuer les vices ou la misère, ces compagnes si fréquentes des professions pénibles et peu lucratives.

Telles sont, messieurs, les impressions qui nous ont guidé pour entreprendre cet exposé nécessairement incomplet, très heureux que nous serions s'il permettait de fixer l'attention des esprits scientifiques sur la valeur étiologique de la profession dans le développement de l'aliénation mentale.

*Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat.*

M. TAGUET. — L'exaltation des fonctions de l'intelligence et surtout de la mémoire, que l'on rencontre exceptionnellement dans l'hystérie et le délire fébrile, constitue un phénomène constant de l'hypnotisme et donne l'explication de faits réputés surnaturels, comme le don des langues, par exemple, dont H. Taine a fait justice. Cette exaltation cérébrale s'accompagne, le plus souvent, d'une hyperesthésie des sens spéciaux et plus particulièrement de la vue; mais à côté de faits authentiques que d'erreurs et de supercheries, pour ne citer que le phénomène de doublé vue toujours annoncé et toujours à démontrer. Comment s'étonner, après cela, du scepticisme de l'Académie en matière d'hypnotisme, scepticisme qui n'est plus de mode aujourd'hui, en présence des découvertes de l'école de la Salpêtrière.

Après avoir été universellement admise, l'hyperesthésie visuelle est rejetée, de nos jours, par un certain nombre d'auteurs, alors que l'hyperesthésie des autres sens est reconnue vraie. Au début, dit Baird, à l'exception de la vue, tous les organes des sens spéciaux, les fonctions de calorification et de réfrigération sont dans un état d'exaltation prodigieuse. Mais au bout d'un certain temps, à cette période fonctionnelle succède un état de profonde dépression qui dépasse de beaucoup la torpeur du sommeil habituel. M. Hack Tuke (1) veut que la perception visuelle soit, ici, vague, et même nulle lorsqu'il s'agit d'objets éloignés. Pour nous, l'hyperesthésie sensorielle, aussi bien de la vue que

---

(1) *The Journal of mental science*, avril 1883, traduit par M. le Dr Parant.

des autres sens, constitue, non seulement une condition obligée de l'hypnotisme, mais encore peut atteindre, comme dans le cas suivant, les limites qui confinent au surnaturel. Toute la difficulté est de la saisir en temps opportun.

M<sup>lle</sup> Noëlie C..., âgée de dix-neuf ans, issue d'un père et d'une mère adonnés à la boisson, a présenté, dès sa plus tendre enfance, les caractères habituels de l'hystérie constitutionnelle. A treize ans, elle eut une série de crises qui cessèrent au bout de quelques jours pour se reproduire, trois ans plus tard, sous l'influence d'une vive émotion. En novembre 1882, elle présenta, pour la première fois, des attaques franches d'hystéro-épilepsie, avec somnambulisme, qui nécessitèrent son admission à l'asile des aliénés. L'observation de cette malade, en tant qu'hystéro-épileptique, ayant déjà été publiée (1), nous n'y reviendrons pas, nous rappellerons seulement que la phase délirante se compose de deux parties bien distinctes : dans la première, la malade, ayant les paupières closes, écrit, travaille, fait la classe, entretient une conversation suivie, ou passe en revue une scène de son existence ; l'anesthésie est complète, générale, tous les sens sont abolis, à l'exception du goût qui paraît conservé en partie ; dans la seconde, elle entend et répond à tout ce qu'on lui dit, la mémoire est parfaite, peut-être exaltée ; elle s'abandonne, sans réticence aucune, à toutes les confidences qu'on exige d'elle ; ne sait rien cacher, ne peut rien dissimuler. La voix est plus forte qu'à l'état normal, la timidité, qui lui est naturelle, a fait place à une certaine hardiesse, à une gaieté insolite. Elle est tout étonnée de se trouver sur son lit ; et comment ne le serait-elle pas puisqu'elle n'est pas malade, qu'elle n'a plus de crises depuis longtemps ? Si nous lui demandons pourquoi elle ne nous regarde pas, elle répond aussitôt que ses yeux sont grandement ouverts et qu'elle distingue parfaitement tout ce qui se passe autour d'elle ; nous lui passons un miroir, elle constate le désordre de sa toilette, la pâleur de son visage ; si nous interceptons la lumière par un écran, elle s'écrie immédiatement qu'elle n'y voit plus. Nous la prions de désigner nominativement toutes les personnes

---

(1) *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, vin et septembre 1883.

et de nous indiquer leur place respective, ce qu'elle fait, le plus souvent, avec une précision des plus rigoureuses, mais il lui arrive également de commettre des erreurs grossières. Nous nous sommes assuré, dans maintes circonstances, que le phénomène de double vue n'existe pas ; en effet, il suffit d'agiter un trousseau de clefs et de lui demander de désigner l'objet qu'on tient devant ses yeux, pour qu'elle réponde, sans aucune hésitation : des clefs, alors que c'est un crayon. La malade étant dans cet état, nous provoquons, avec une facilité égale, des suggestions, des hallucinations, que les yeux soient fermés ou ouverts. Vient-on à lui dire qu'elle a des taches d'encre sur les mains, elle les aperçoit aussitôt et fait le simulacre de les laver, de les savonner ; constate que l'eau est chaude ou froide, à notre volonté ; trouve à la savonnette l'odeur que nous lui prêtons. Veut-on lui faire caresser un chien, il suffit de l'appeler et de lui présenter un corps quelconque, elle hésite d'abord, nous fait part de l'aversion qu'elle éprouve pour les animaux, nous insistons, elle finit par céder ; puis tout à coup elle s'irrite, frappe et tombe dans une nouvelle attaque convulsive.

Noëlie G... était à l'asile depuis quatre mois que nous n'étions pas encore arrivé à provoquer le sommeil hypnotique ; mais, en revanche, nous constatons une modification complète dans son caractère, dans sa manière d'être. La malade va, vient, s'occupe aux soins du ménage, nous affirme qu'elle est complètement guérie, alors qu'elle sort d'une crise ; mais contrairement à son état habituel, elle est gaie, communicative, n'a plus qu'un sentiment de pudeur douteux, devient provocante, tutoie tout le monde, sans exception, et ne peut s'en empêcher. Si on lui en fait la remarque, elle se lâche et pleure, c'est inutilement que nous insistons pour lui faire dire *vous*, elle répond invariablement *tu*, alors, cependant, qu'elle emploie le mot *vous*, lorsqu'elle parle à plusieurs personnes. Cet état s'accompagne, parfois, de la perte de la notion des lieux, et cela à quelques minutes d'intervalle, sans que rien ne soit venu, en apparence, provoquer un changement aussi brusque ; dans ces moments elle se figure habiter dans le couvent où elle a passé une partie de son existence, elle appelle les religieuses par leur nom, ne reconnaît plus celles de l'établissement, ou si elle les reconnaît, c'est pour les remercier

d'être venues la voir. Puis, brusquement, la scène change, elle a complètement oublié le séjour imaginaire qu'elle vient de faire en dehors de l'asile.

L'anesthésie des membres, du tronc et de la face persiste tout entière; tous les sens spéciaux sont conservés à l'exception du goût et du toucher. Les zones hystérogènes sont dans toute leur activité et il suffit d'effleurer le pli du coude, par exemple, ou de comprimer légèrement les globes oculaires pour déterminer une violente crise, qui cède à une pression énergique de l'ovaire droit; mais elles peuvent disparaître brusquement et faire place soit à un spasme laryngé qui rend la déglutition impossible et nécessaire, pour l'alimentation, l'emploi de la sonde œsophagienne; soit à des douleurs lombaires qui sont plus marquées à gauche qu'à droite, d'où elles s'irradient dans tout le corps: le toucher vaginal est impossible et détermine une sensation des plus pénibles, le vaginisme est parfois si prononcé qu'il s'oppose à l'introduction de l'olive d'une machine électrique. Le retour spontané des phénomènes convulsifs, et avec lui le retour de l'anesthésie et des zones hystérogènes, met seul fin à un état qui semblait devoir compromettre l'existence de la malade.

Nous arrivons, enfin, à déterminer le sommeil magnétique par la fixation du regard de la malade par un objet lumineux ou non, par le regard d'une autre personne, ou bien par l'occlusion du conduit auditif à l'aide d'une boulette de coton, ou bien encore par la compression digitale des opercules. Une faible pression sur l'ovaire droit fait passer la malade par les attitudes passionnelles les plus nombreuses et les plus variées: il suffit, en effet, d'esquisser avec sa main un signe correspondant à telle ou telle manifestation agréable ou pénible, à tel ou tel acte familier, pour qu'aussitôt elle continue le geste commencé, c'est ainsi que nous la faisons prier, rire, se gratter, imposer silence, se tordre en proie aux plus vives coliques, etc.

Une pression exercée sur le même ovaire, mais un peu plus soutenue que précédemment, tire la malade du sommeil et la fait passer par un nouveau phénomène, celui de la prise du regard, qui se fait à l'aide d'un objet quelconque poli ou non; c'est, le plus souvent, un carton gris ou blanc, une planche, la main fermée ou ouverte, un doigt, ou bien encore un coin de son drap ou de son jupon rouge. A partir

de ce moment, elle devient un véritable jouet entre les mains de l'opérateur ; vient-on à s'éloigner avec l'objet qui la fascine, elle le suit, anxieuse, haletante ; elle exécute et imite avec une fidélité excessive tous les mouvements qu'on lui imprime ; vient-on à le faire disparaître, elle tombe dans une angoisse inexprimable et fait des efforts inouïs pour arriver à le découvrir ; si elle ne peut y parvenir, elle s'irrite et frappe tant qu'il ne lui est pas rendu. Nous ferons remarquer que la fascination n'est exercée que par une partie de l'objet, celle qui, au réveil, a frappé la première son regard ; il y a plus, alors même que ses faces seraient identiques, comme celles, par exemple, d'une feuille de papier blanc, on n'arrivera qu'avec beaucoup de peine à les substituer l'une à l'autre.

#### § 4<sup>or</sup> **Hyperesthésie de la vue**

Pendant que Noëlie est en crise convulsive, en catalepsie, ou en léthargie que nous déterminons à volonté et successivement par la pression, à des degrés divers, de la même zone ou de zones différentes, nous imprimons sur son visage un certain nombre de taches au crayon, ou à l'encre, les unes très nettes, les autres à peine perceptibles. Cela fait, nous l'endormons par la compression des opércules de l'oreille. Après avoir placé devant ses yeux un des objets dont nous venons de parler pour opérer la prise du regard, un carton si l'on veut, nous réveillons la malade par le procédé indiqué. Ses yeux ont à peine rencontré le plan du carton qu'elle s'étonne d'avoir la figure sale et efface une à une toutes les taches dont nous avons maculé son visage, se servant du corps opaque comme d'une véritable glace. Les empreintes qui ne viennent pas se réfléchir directement dans un point déterminé du miroir ne sont pas perçues, à moins que celui-ci ne soit élevé ou abaissé ; ou que l'on ne porte la tête de la malade soit à droite, soit à gauche, suivant les cas, le regard restant attaché sur l'écran. Nous tenons au-dessus, ou bien en arrière de sa tête, mais de telle sorte qu'ils se trouvent dans le champ du carton, divers objets, tels qu'une bague, une montre, une pipe, de petits bonshommes en papier, un crayon, une pièce de monnaie, etc., elle ne tarde guère à les apercevoir, elle en décrit la forme, la couleur. Nous ferons remarquer qu'il existe toujours un certain retard dans la perception des

objets, c'est ainsi que si nous substituons brusquement une pièce de 40 centimes, par exemple, à une montre, elle n'en continuera pas moins à cliquer à lire l'heure, puis tout à coup elle s'écriera : La montre a disparu, voilà deux sous.

Noëlie ayant toujours le regard attaché sur le carton, nous allons nous placer derrière elle, notre tête dominant légèrement la sienne, elle nous salue aussitôt, nous fait une demande, nous rappelle une promesse; si nous lui faisons une grimace, elle nous la rend; si nous lui envoyons un baiser avec la main, elle s'écrie que nous nous moquons d'elle; si nous insistons, elle s'emporte et crache sur le miroir. Nous plaçons en arrière de son front deux doigts que nous écartons légèrement, elle devient triste et fait plusieurs signes de croix, elle s'écrie qu'elle voit le diable avec ses cornes, et invite une amie, qu'elle croit auprès d'elle, d'unir ses prières aux siennes. La vue d'un crucifix, d'un chapelet, la comble de joie, elle cherche à s'en emparer en portant ses mains en arrière; vient-elle à les toucher, elle ne les sent pas. Les pantins qu'on agite au-dessus de sa tête l'amuse toujours au plus haut degré. Un objet quelconque, un scapulaire si l'on veut, est appliqué directement sur le carton, à la condition, toutefois, de ne pas intéresser complètement la partie faisant office de miroir, la malade ne s'en aperçoit pas et continue à désigner les objets qui viennent se réfléchir devant ses yeux. Nous levons bientôt le scapulaire et nous poursuivons nos expériences; après un moment, nous le substituons à l'objet que la malade était occupée à décrire, et aussitôt elle s'écrie : « Tiens, voilà mon scapulaire, quelle drôle de glace, j'y vois tour à tour le bon Dieu, le diable, des pantins, mon scapulaire. » Nous lui présentons, un jour, sa jarrettière qui s'était détachée pendant une crise convulsive, elle la reconnaît aussitôt et se demande comment elle se trouve dans ce miroir.

Quatre, cinq, dix personnes qui lui sont complètement inconnues, passent successivement derrière son lit, elle dit un mot sur chacune d'elles, celle-ci est jeune, celle-là est vieille, telle aura la barbe noire, telle autre l'aura blanche; l'une est gaie, l'autre est moqueuse; elle découvre le moindre geste, le moindre mouvement des lèvres. Un de nos confrères prend un cigare et fait le simulacre de fumer:

« Ne te gêne pas, » dit la malade. Un autre fait un signe de croix, elle s'écrie : Voilà un bon chrétien ! Le visage de personnes connues venant interrompre ce long défilé d'étrangers la comble de joie ; il semble qu'elle ait déjà oublié les impressions qui viennent de se produire. Nous plaçons au-dessus de sa tête un écriteau avec ces mots : Je suis le diable. » Aussitôt qu'elle l'a aperçu, elle fait un signe de croix, embrasse ses médailles ; tout indique, chez elle, la frayeur la plus vive, le découragement le plus complet. Nous remplaçons cet écriteau par le suivant : « Je suis le bon Dieu », aussitôt sa figure s'éclaircit et exprime la joie la plus grande. On varie à l'infini ces inscriptions, chacun apportant la sienne ; la malade n'arrive pas à les lire toutes, à haute voix, mais l'expression de sa physionomie, les réflexions qu'elles lui suggèrent indiquent d'une manière certaine que le sens de la phrase n'a pu lui échapper. Pendant qu'elle est occupée à déchiffrer, nous élevons le carton à une certaine hauteur, ce qui l'oblige à rejeter fortement la tête en arrière ; ayant ainsi acquis la certitude qu'elle ne peut nous voir, nous mettons à nu un de ses seins, sa figure ne trahit aucune émotion ; nous buissons insensiblement le miroir, puis tout à coup, elle rougit et répare précipitamment le désordre de sa toilette. Mais il suffit de lui contenir les mains pour lui faire oublier le mouvement commencé, et de remettre le carton en place pour dissiper son trouble passager.

Il arrive un moment où l'acuité visuelle diminue, il est annoncé par une fatigue excessive, les yeux sont noyés, le clignotement des paupières est constant. « C'est singulier, dit la malade, je n'y vois plus, tout tremble », et elle prie l'amie qui ne la quitte jamais de l'aider dans sa lecture. Nous promenons notre doigt d'une syllabe à l'autre pour la faciliter dans ses recherches, elle finit par s'impatienter et s'écrie : « Je n'ai pas besoin de ton doigt, tu crois donc que je ne sais pas lire ! » Elle fait de nouveaux efforts qui ne sont pas toujours couronnés de succès ; mais en revanche, elle continue, même dans cet état, à se rendre un compte très exact de la nature, de la forme et de la couleur des objets, de leur disparition, de leur retour dans le champ du miroir, pourvu qu'ils aient une certaine dimension. La lecture doit être d'autant plus difficile que les caractères doivent être lus de droite à gauche, et renversés

conformément aux lois de l'optique, le carton faisant l'office d'un miroir plan.

L'hyperesthésie visuelle repose ici sur des expériences trop nombreuses et trop répétées pour qu'il soit permis de la mettre en doute, il ne nous semble pas possible, d'ailleurs, de la pousser plus loin; en effet, dans les premiers jours de novembre dernier, nous arrivions à faire lire à la malade les premières lignes d'une lettre écrite en caractères ordinaires, aujourd'hui elle ne distingue d'une manière parfaite, que l'écriture d'imprimerie et encore est-il nécessaire qu'elle soit très apparente. A l'état de veille, elle se plaint d'avoir la vue moins nette qu'autrefois, de ne pouvoir travailler « sans pleurer ». L'examen direct fait découvrir une opacité assez étendue du cristallin gauche.

## § 2. Hyperesthésie de l'odorat

Noëlie étant endormie par la compression digitale des opercules de l'oreille et réveillée par une légère pression exercée sur l'ovaire droit, nous opérons la prise du regard à l'aide d'une carte de visite que nous déchirons, presque aussitôt, en un certain nombre de morceaux. Pendant que nous la faisons maintenir de vive force sur son lit, nous nous rendons dans la pièce voisine et là nous les dissimulons sous les tapis, derrière les meubles, dans des verres, dans des pots de fleurs, dans le poêle, dans les poches des personnes présentes, puis nous revenons vers la malade n'ayant plus qu'un seul bout de carton que nous lui remettons. La malade le flaire à plusieurs reprises, hésite un instant, puis se précipite dans la salle, reniflant comme un chien; tout à coup elle s'arrête, renifle encore et, après quelques tâtonnements, elle salue par un cri de joie la découverte d'un des précieux fragments. Elle passe indifférente devant les objets, les personnes qu'elle sait ne rien recéler de ce qu'elle cherche; s'arrête, au contraire, devant les autres et ne s'éloigne que lorsqu'elle est arrivée à ses fins, c'est inutilement qu'on proteste, qu'on se défend, qu'on la rebute; tout est inutile.

Lorsqu'elle a découvert de la sorte un certain nombre de ces bouts de carton, elle cherche à le reconstituer; puis, elle les compte, additionne le chiffre qu'elle connaît avec celui des morceaux qui lui restent à trouver, le total annoncé correspond exactement à celui que nous connais-



sions. Le résultat n'est pas aussi satisfaisant, lorsque la carte a été déchirée loin de son regard, dans une pièce voisine, par exemple, et il lui arrive de commettre des erreurs qui, disons-le, ne portent que sur un chiffre, deux au plus. C'est là un fait constaté un grand nombre de fois, par nos internes, par des médecins, des professeurs de la Faculté de médecine, des professeurs de la Faculté des lettres. Nous verrons plus loin ce qu'il faut penser de cette expérience jugée si concluante en faveur du phénomène de double vue.

Les dernières recherches sont de beaucoup moins précises; il arrive, assez souvent, à la malade de perdre la piste, de revenir par deux fois au même endroit, de soulever, par exemple, un grand nombre de verres avant de mettre la main sur celui qui seul recèle l'objet de sa convoitise. Ces recherches seront d'autant plus sûres que le nombre des fragments sera moins considérable.

Pendant que la malade est tout entière à la reconstitution de la carte de visite, nous jetons un bandeau sur ses yeux, elle n'en continue pas moins le travail commencé et arrive, après quelques tâtonnements, à donner à chaque bout de carton sa place respective; est-ce un simple effet du hasard, ou devons-nous admettre une certaine hyperesthésie tactile? Pendant que la vision est ainsi interrompue mécaniquement, précaution, d'ailleurs, inutile puisqu'elle n'existe pas, nous invitons, par signe, une des personnes présentes à faire disparaître un ou plusieurs bouts de carton; la malade, d'abord impassible, paraît bientôt ennuyée, inquiète, elle compte à nouveau, puis tout à coup ses traits se contractent, le regard devient farouche, et elle se jette sur le voleur comme une furie, criant, gesticulant, le frappant avec une brutalité excessive, et cela, tant qu'elle n'est pas rentrée en possession de son bien. Si la personne a quitté la salle, elle la suit à la piste, la perd, la retrouve, et arrive, en général, assez rapidement à découvrir sa cachette, n'ayant d'autre guide que l'odorat.

Noëlie étant toujours occupée à son travail de reconstitution que nous avons interrompu momentanément, nous glissons entre ses doigts des bouts de carton semblables aux premiers, mais provenant d'une autre carte et nous mêlons le tout. Elle flaire à nouveau, met de côté ceux qui appartiennent à la première et jette les autres; mais s

nous renouvelons l'expérience un certain nombre de fois il lui arrive de se tromper, ou bien elle perd patience, s'irrite, cache le tout dans son corsage, ou va le remettre à son propriétaire en le priant de l'excuser de le lui rendre en si mauvais état.

Nous jetons sur son lit divers objets, des gants, des clefs, un carnet, différentes pièces de monnaie appartenant à autant de personnes présentes ; la malade n'y prête d'abord aucune attention, lorsqu'il ne faut pas les lui mettre en mains propres, elle les flaire à plusieurs reprises, s'arrête devant chaque personne qu'elle flaire également et remet à chacune ce qui lui appartient ; ou bien elle met en réserve les objets dont elle ne trouve pas les propriétaires et va ensuite à leur recherche lorsque sa distribution est terminée. Cette répartition, il faut le reconnaître, laisse parfois à désirer, et si elle arrive, le plus souvent, à corriger son erreur en allant reprendre un objet indûment donné, il lui arrive également de se tromper d'une manière complète, ou de garder l'objet ne sachant plus à qui le remettre, après avoir flairé à plusieurs reprises tout le monde. Dans ces moments, elle n'oppose aucune résistance et ne fait aucune difficulté à nous abandonner un bien qui ne lui appartient pas, se contentant de nous prier de le remettre à qui de droit, si nous ne tenons pas à engager notre conscience. Cette distribution sera d'autant plus facile que les objets seront moins nombreux, que les personnes lui seront plus familières. L'hyperesthésie de l'odorat, tout comme celle de la vue, a ses limites, et après un temps variable excédant rarement une demi-heure, il survient une fatigue excessive, des tremblements et des nausées.

Au réveil, Noëlie n'a conservé aucun souvenir des expériences auxquelles elle a été soumise, elle nous assure qu'elle n'est plus malade, qu'elle n'a plus de crises, ne manifeste aucune surprise de se trouver à moitié habillée sur son lit, entourée d'étrangers qu'elle tutoie. A l'état de sommeil comme à l'état de veille, l'anesthésie des membres, du tronc et de la tête reste complète.

Telles sont, en dehors des phénomènes ordinaires de l'hypnotisme, les particularités les plus saillantes que présente cette malade et qui ne peuvent trouver leur explication que dans une hyperesthésie prodigieuse de l'ouïe et

de l'odorat, alors que les autres sens spéciaux sont altérés, sinon complètement abolis; il y a plus, cette double hyperesthésie sensorielle ne marche jamais de front, l'une fait place à l'autre. En effet, c'est exclusivement par l'odorat que la malade se guide dans ses recherches, évitant tous les objets qui sont sur son passage, aussi bien que lorsqu'elle est à l'état normal; d'un autre côté, nous avons la certitude que tous les sens sommeillent pendant toute la durée de l'hyperesthésie visuelle et même pendant la prise du regard.

Il s'est produit, depuis le jour de cette communication à la Société médico-psychologique, des modifications très importantes dans l'état de Noëlie que nous demandons la permission de rapporter sommairement. Le sommeil magnétique est devenu normal, la malade répond très nettement à toutes les questions qu'on lui adresse, exécute tous les ordres qu'elle reçoit sans la moindre hésitation, soit présentement, soit à l'état de veille; c'est ainsi que si nous lui ordonnons d'uriner à un endroit déterminé, elle s'y rend sans heurter aucun meuble et urine sans efforts, alors que depuis six mois il fallait la sonder matin et soir; il suffit de lui dire, avant de la réveiller, d'aller à la garde-robe tous les soirs à telle heure, et cela pendant huit jours consécutifs, pour qu'elle le fasse ponctuellement. Au neuvième jour, la rétention d'urine et la constipation se reproduisent fatalement, il faut avoir recours de nouveau à la sonde et aux purgatifs, à moins de l'endormir et de lui donner de nouveaux ordres pour une époque déterminée. On lui dit de s'endormir à tel endroit, à telle heure, à tel jour, dans telle position: le moment venu, rien ne saurait l'en empêcher, c'est inutilement que nous cherchons une diversion, que nous lui défendons de se laisser aller au sommeil, elle nous répond qu'elle n'a nulle envie de dormir, qu'elle ne comprend rien à notre défense, que nous nous moquons d'elle; l'heure approche, elle va instinctivement à l'endroit désigné, lutte visiblement contre le sommeil qui l'envahit, l'horloge sonne, sa tête tombe brusquement, elle dort. Au réveil elle sera à notre gré, triste ou gaie, consciente ou inconsciente; elle aura de l'anesthésie généralisée ou localisée, il en sera de même de l'hyperesthésie. Si nous lui demandons dans quel état elle désire se trouver au réveil, elle répond invariablement: dans mon état demi-normal

avec insensibilité complète, l'hyperesthésie s'accompagnant de douleurs abdominales que vous ne pouvez empêcher de se produire. Si nous nous étonnons de ses expressions techniques, elle ajoute aussitôt : « A vous entendre discuter sur mon état, j'apprends un peu de la médecine chaque jour. » On remarquera que, dans l'état d'hypnotisme, le tutoiement n'existe pas, contrairement à l'état de veille. Noëlie n'est plus, dans l'hypnotisme qu'un instrument docile, suivant fatalement l'impulsion que nous lui imprimons : nous lui donnons l'ordre de se mettre toute nue, nous lui annonçons qu'elle va être livrée à la curiosité publique, prostituée au premier venu : sa figure ne trahit aucune émotion, alors que, dans l'état normal, l'expression la plus légère, la familiarité la plus innocente suffisent pour déterminer une violente crise d'hystéro-épilepsie, elle se contente de nous répondre qu'elle est à nos ordres. Si nous lui demandons si cela lui sera pénible, agréable, elle nous répond qu'il sera fait suivant notre volonté. Dans ces moments rien ne lui échappe et elle s'entoure de tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour arriver au but qu'elle doit atteindre. Nous lui ordonnons, un jour, de se rendre à la préfecture, de monter au deuxième étage, de forcer la première porte qu'elle rencontrera et de décharger un revolver sur les personnes présentes ; au moment où nous allions la réveiller, elle nous arrête et nous dit qu'il lui sera impossible d'accomplir l'ordre donné, qu'elle attend l'arme annoncée, et nous prie de lui indiquer le jour et l'heure. Notre ordre imprudent, s'il avait été complet, aurait pu coûter la vie à plusieurs personnes, si la malade eût été réveillée sous l'impression de cette malheureuse idée que nous dûmes effacer de son cerveau, son souvenir étant subordonné à notre volonté. On voit à quelle catastrophe peut conduire l'hypnotisme, lorsqu'il est exploité par une main criminelle, il est d'autant plus dangereux qu'il assure l'impunité, la mémoire, ainsi que nous venons de le dire, étant sous la dépendance exclusive de celui qui ordonne. En effet, si nous disons à la malade : « Vous briserez demain matin, à sept heures, tous les carreaux de votre fenêtre, et vous dormirez ensuite jusqu'à neuf heures », nul ne pourra lui faire accepter un contre-ordre et à toutes les injonctions qui lui seront faites, elle répondra : « Je ne puis faire autrement, à moins de me donner la certi-

tude que vous agissez par délégation. » Il suffit alors de prier à haute voix une des personnes présentes d'engager la malade à ne tenir aucun compte de l'ordre reçu, pour qu'elle obéisse aussitôt.

Nous lui adressons un jour les questions suivantes :

— Comment se fait-il que vous arriviez à lire, dans un carton placé devant vos yeux, une carte de visite, un écriteau que l'on tient au-dessus, ou en arrière de votre tête? — Ce carton est pour moi une véritable glace, où tout vient se réfléchir.

— Dans ces conditions, vous devriez toujours lire avec la même facilité? — C'est une erreur, lorsque je dors mes yeux se fatiguent autant que si j'étais à l'état de veille, lorsque vous voudrez me faire lire, il faudra le faire au début de vos expériences.

— Vous savez donc que nous nous livrons sur vous à des expériences? — Oui.

— Pourriez-vous me dire pourquoi vous tutoyez tout le monde? — Je ne puis m'en empêcher, lorsque je suis dans un demi-état normal, je suis désolée qu'on me le fasse observer.

— Comment arrivez-vous à découvrir les bouts de carton que nous dissimulons dans le dortoir? — Par mon odorat.

— Est-ce encore par l'odorat que vous remettez à chaque personne l'objet qui lui appartient? — C'est par l'odorat.

— Et, cependant, il vous arrive de vous tromper? — C'est vrai, mais jamais pour le premier objet, je ne puis répondre des autres, mais je dois me tromper rarement.

— Comment arrivez-vous à connaître le chiffre auquel s'élèvent les bouts de carton déchirés loin de vos yeux? — Je ne le sais pas, j'y arrive par le raisonnement. Lorsqu'un certain nombre de ces bouts de carton ont été découverts à l'aide de mon odorat, je cherche à le reconstituer ainsi que vous avez pu le voir, et je me rends facilement compte de ceux qui peuvent manquer, mais je puis me tromper, si les fragments ne sont pas tous de la même dimension?

— Voyez-vous dans cet état? — Non; mais si mes recherches sont trop longues, ainsi que la reconstitution de la carte, il peut arriver que j'entende et que je distingue vaguement.

— Pourriez-vous me faire connaître le contenu de mon porte-monnaie? — Non.

— Le pourrez-vous un jour? — Je le crois.

— Je vous présente un objet, savez-vous à qui il appartient? — Non, mais si vous m'endormez, je le saurai par le flair, si la personne est ici, ou dans la maison.

— Vous ne dormez donc pas? — Si, mais il faut un autre sommeil que vous pouvez déterminer par une pression plus profonde sur le côté droit.

— Pourriez-vous me dire quel sera le cours du Crédit foncier au 31 janvier? — Je ne comprends pas.

— Dites-moi si vous guérirez? — Je l'ignore; j'aurai une crise dans quatre jours à minuit, qui me fera beaucoup souffrir.

— Vous pouvez donc annoncer vos crises à l'avance? — Oui.

— Je vais en prendre note, je doute que vous soyez prophète? — Je le serai pour celles qui doivent se produire naturellement, je ne parle pas de celles qui pourront être provoquées par vous. (Cette prédiction s'est accomplie en tous points; du 4<sup>er</sup> au 26 janvier, Noëlie a eu trois crises qui se sont produites au jour et à l'heure annoncés; elle ne doit pas en avoir d'autres d'ici au 26 avril, c'est-à-dire dans trois mois.)

Un matin, M. Nicouveau, interne de garde, est appelé auprès de la malade qu'il trouve en proie aux plus violentes coliques qui, ainsi que nous l'avons déjà dit, se reproduisent brusquement, à intervalles plus ou moins éloignés; l'anesthésie a fait place à une hyperesthésie généralisée, les zones hystérogènes ont disparu sans exception et on ne peut les réveiller; pas plus qu'on n'arrive à provoquer le sommeil magnétique qui seul peut faire disparaître la crise en ramenant l'état normal et avec lui l'anesthésie et les zones hystérogènes, comme cela était arrivé précédemment. Les médications les plus diverses sont sans résultat, les douleurs deviennent de plus en plus intolérables et menaçaient de persister toute la nuit; lorsque la malade s'adressant à l'interne le pria de chercher dans le dos un petit os, que tout le monde possède, de le comprimer fortement et qu'elle sera guérie; ce petit os n'était autre que l'apophyse épineuse de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale. La découverte de cette nouvelle zone hystérogène, alors que les autres avaient dis-

paru momentanément, permet, enfin, de ramener l'état normal et de faire cesser instantanément les douleurs abdominales. Cette zone est actuellement la plus fidèle et c'est celle dont nous nous servons, soit pour endormir la malade, soit pour la réveiller, ce n'est ici qu'une affaire de pression; elle offre, en outre, sur les autres l'avantage d'échapper au contrôle de la malade qui se prête difficilement à tout examen.

Une autre fois nous trouvons Noëlie en spasme laryngé, elle entend et comprend tout ce qu'on lui dit, nous lui passons une plume et du papier, elle nous prie de lui serrer la gorge et qu'elle pourra parler. Nous portons nos recherches du côté des seins avec l'espoir d'y découvrir la zone hystérogène indiquée par la malade; elle se fâche, rougit, et de nouveau nous fait signe qu'elle veut écrire et souligne le mot *gorge*. La zone indiquée correspond à la base des grandes cornes du cartilage thyroïde et tient la parole sous sa dépendance lorsque celle-ci vient à manquer.

M. G. BALLET. — Messieurs, l'intérêt de la curieuse observation que vient de lire M. Taguet n'aura évidemment échappé à personne. Toutefois, pour saisissantes et singulières, en apparence, que soient les particularités du cas, elles n'ont rien qui doivent nous déconcerter et nous surprendre, si nous les apprécions à la lumière des faits connus.

Pour bien juger cette observation, il est nécessaire de la disséquer en quelque sorte, et, grâce à une analyse attentive, on se convaincra, je crois, que les notions intéressantes qui s'en dégagent ne s'écartent pas de celles que nous a jusqu'à ce jour révélées la clinique.

Si j'avais à donner un titre à l'observation de M. Taguet, le titre que je proposerais serait celui-ci : « Attaques d'hystéro-épilepsie, attaques de contracture consécutives, somnambulisme spontané, hallucinations provoquées persistant après le réveil. » Grâce aux développements dans lesquels M. Taguet est entré, on retrouve en effet, chez sa malade, plus ou moins bien accusés, les divers états ou phénomènes que je viens d'énumérer :

1° Attaques d'hystéro-épilepsie : je n'y insiste pas, elles sont nettement décrites dans l'observation,

2° Attaques de contracture consécutives. Je considère, en effet, qu'on doit appeler *contracture* ce que M. Taguet

a, par un *lapsus linguæ*, appelé *état cataleptique*. En effet, dans la catalepsie les membres sont facilement malléables, tandis que chez la malade dont il est question en ce moment, il était nécessaire, nous dit M. Taguet, de déployer une grande force pour fléchir l'avant-bras sur le bras, la jambe sur la cuisse. La contracture plus ou moins durable à la suite d'attaques d'hystérie n'est pas un fait rare.

3° Somnambulisme spontané. — Je me contente encore d'indiquer cet état sans m'y arrêter. Sa réalité ressort très nette de l'observation.

4° Hallucinations provoquées, persistant après le réveil. J'arrive immédiatement à la particularité la plus intéressante de l'observation, à l'expérience du miroir. Dans cette expérience, il y a deux ordres de faits : Une hallucination persistant après le réveil. En effet, la malade étant en état de somnambulisme, on lui *suggère* l'idée qu'un morceau de carton est un miroir. On la réveille. Elle reste convaincue qu'elle tient entre les mains un vrai miroir. Ce fait n'a rien qui doive nous étonner. Il rentre dans la catégorie de ces hallucinations suggérées pendant le sommeil et persistant après le réveil dont on a aujourd'hui un très grand nombre d'exemples, et qui sont devenues choses courantes.

Seconde particularité : ce miroir imaginaire se comporte comme un miroir réel et réfléchit les objets placés derrière la tête de la malade. Or, l'interprétation de cette particularité, si bizarre en apparence (son authenticité étant admise), me semble devoir être cherchée dans l'hyperacuité sensorielle qu'on observe chez les hystériques dans certains états.

Comme preuve de cette hyperacuité sensorielle je rapporterai, entre cent autres, l'expérience suivante : je divise un carré de papier en 150 morceaux ; ceci fait je suggère à la malade en état de somnambulisme l'idée que sur l'un des morceaux se trouve mon portrait. Je mêle ensuite ce dernier fragment aux autres, après l'avoir marqué d'un signe saisissable pour moi seul. Je réveille la malade et j'invite celle-ci à chercher le morceau de papier sur lequel est mon portrait. Elle le trouve sans difficulté. Pourquoi ? Parce que les 150 fragments de papier, en dépit de la ressemblance qu'ils présentent les uns avec les autres, diffèrent cependant par des détails, mais par des détails inappréciables pour un cerveau normal, et



reconnaissables seulement pour un cerveau qui jouit de la faculté pathologique à laquelle je faisais allusion plus haut.

Eh bien, c'est cette même faculté pathologique, cette même hyperacuité sensorielle qui me semble devoir nous expliquer l'expérience si intéressante de M. Taguet. Un morceau de carton réfléchit toujours (à moins peut-être qu'il ne soit d'une couleur noir mat absolue) une certaine quantité de rayons lumineux. Cette quantité de rayons est insuffisante pour ébranler la rétine dans la situation physiologique habituelle; elle devient au contraire susceptible de le faire, si le cerveau est en état d'hyperexcitabilité.

Un dernier mot : M. Taguet, au cours de sa communication, s'est servi pour qualifier l'un des états dans lesquels s'était trouvée sa malade du mot de *léthargie*. Je crois que l'expression employée n'était pas parfaitement exacte, car je ne retrouve dans les détails de l'observation aucun des symptômes, hyperexcitabilité musculaire ou autre, qui caractérisent l'état léthargique. Je me permets de faire cette observation, car je pense qu'en la matière la propriété des termes a une importance de premier ordre. Enfin, les symptômes de prétendue tuberculose constatés, à un moment donné, chez la malade de M. Taguet, n'auraient-ils pas été des manifestations de fausse tuberculose, telles qu'on en relève quelquefois chez les hystériques, telles que je les ai rencontrées deux fois pour ma part? Je suis porté à le penser puisque dans la suite de l'histoire de la malade, nous ne retrouvons rien qui nous autorise à penser que cette jeune fille fût réellement tuberculeuse.

M. LUNIER. — Il y a dans l'observation très curieuse que M. Taguet vient de nous soumettre des phénomènes qui ont déjà été constatés. Le fait le plus intéressant est assurément l'expérience du carton. Quant à son interprétation, je crois, comme M. Ballet, qu'il faut faire intervenir ici l'hyperesthésie sensorielle. Chez les hystériques on retrouve en quelque sorte cette acuité sensorielle qu'on voit à un si haut degré de développement chez les animaux. Chaque espèce a son sens spécial, dont l'extrême intensité est toujours un sujet d'étonnement. Je citerai notamment le flair si subtil du chien de chasse, la vue si perçante des oiseaux.

Les phénomènes du somnambulisme varient avec chaque

malade; j'ai eu récemment l'occasion d'en constater de très nombreux et très variés dans le service de M. Dumontpallier, à la Pitié. Presque tous ont leur explication dans l'hyperesthésie des sens.

M. AUG. VOISIN fait allusion à l'utilisation possible, dans certaines circonstances spéciales, de l'hyperesthésie sensorielle des hystériques et en cite quelques exemples.

M. LUNIER. — Les expériences dont parle M. Voisin sont connues de tous et constituent la monnaie courante du somnambulisme dans le vulgaire. Mais est-il besoin de dire qu'ici il faut se tenir en défiance? Il n'y a aucun rapport à établir entre ces faits-là et l'observation de M. Taguet.

M. MOTET fait remarquer à M. Taguet que certains phénomènes relatés dans son intéressante observation, concernant le mode de production de la phase somnambulique, peuvent être rapprochés de ceux consignés dans une observation de M. Mesnet, publiée dans les *Archives générales de médecine* en 1856. Dans ce cas très bien étudié et très curieux, on pouvait noter la production à heure fixe de la phase de somnambulisme dont la durée était invariablement d'une heure. Mais les actes délirants accomplis au cours de cette période et interrompus par la suspension de l'état somnambulique étaient exactement repris, la nuit d'après, à leur point d'interruption.

C'est ainsi qu'une tentative de suicide brusquement arrêtée dans son exécution par le retour à la vie normale, peut être poursuivie à la phase somnambulique suivante.

La séance est levée à six heures.

PAUL GARNIER.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX AMÉRICAINS

**American Journal of insanity.**

ANNÉE 1884.

NUMÉRO DE JANVIER.

1. *Lésions du cerveau et leurs résultats fonctionnels*; par le Dr Daniel Clark, superintendant de l'asile de Toronto-Ontario.

Dans un travail récent, l'auteur s'est efforcé de prouver que le pouvoir fonctionnel réside dans les ganglions de la base et que les masses cérébrales supérieures sont seulement dépositaires de l'énergie nerveuse. L'objet de cet article est de montrer par des observations que des traumatismes ou des maladies peuvent détruire beaucoup des prétendus centres fonctionnels sans produire les troubles qui auraient dû en résulter si ces parties étaient vraiment des organes distincts; et aussi d'établir que l'intelligence n'est pas intéressée dans ces cas autant qu'un aurait pu le croire. C'est donc une négation absolue des doctrines de Ferrier et des autres localisateurs.

2. *De quelques modifications des cellules ganglionnaires de la substance grise corticale dans le délire aigu, et de leurs rapports avec celles qu'elles subissent dans la folie aiguë et dans la démence*; par Th. Deecke.

3. *Relations causales entre les stimulants nerveux et la folie*; par le Dr R. Wallace.

Le seul de ces stimulants dont l'auteur s'occupe est l'alcool. D'après ses recherches, un tiers au moins des aliénés du Texas sont redevables de leur état à l'abus des alcooliques, soit par le fait de leur intempérance personnelle, soit par celle de leurs ascendants qui leur ont transmis une constitution affaiblie et un système nerveux incapable de soutenir l'effort que nécessite la vie sociale.

4. *Note sur l'épilepsie simulée*; par le D<sup>r</sup> Echeverria.

A propos de la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la société des superintendants, M. Echeverria rappelle un signe qui a été indiqué pour la première fois par le D<sup>r</sup> Clouston, en 1874. Voici en quoi il consiste : si on examine attentivement la pupille après une attaque, soit de petit mal, soit de grand mal, on remarque des alternatives de dilatation et de contraction de l'iris, qui persistent plus d'une minute après que le sujet a repris connaissance. Cet état de la pupille s'observe aussi pendant les moments de stupeur qui surviennent pour quelques secondes pendant les paroxysmes de manie épileptique.

Autre signe : Si l'on couvre d'un mouchoir ou d'une serviette les narines et la bouche du sujet au début de l'accès, il n'y aura aucun changement dans la physionomie de l'épileptique vrai, tandis que le simulateur sera bientôt contraint par le besoin de respirer à faire des mouvements pour se débarrasser de l'obstacle. Il faut savoir cependant que certains accès incomplets se trouvent suspendus par l'arrêt de la respiration, de sorte que l'état de la pupille est le signe le plus certain.

## NUMÉRO D'AVRIL.

4. *Conditions du cerveau dans la folie*; par Th. Deecke.

La relation entre les lésions anatomiques et les troubles fonctionnels ne pourra être établie que lorsque la physiologie du cerveau sera moins mystérieuse qu'elle ne l'est actuellement. Tout ce que l'auteur a pu se proposer, dans l'état de nos connaissances, c'est d'étudier les modifications anatomiques que présente le cerveau des sujets affectés des diverses variétés de folie, de déterminer leur nature, leur siège et leur origine probable.

Malgré sa modestie relative, ce programme n'aurait pas manqué d'intérêt s'il avait été rempli. Mais il faut avouer que la lecture de ce long article nous apprend en réalité peu de chose sur les conditions du cerveau dans la folie. Il n'y a d'ailleurs que les premières pages qui soient réellement consacrées à cette étude. La plus grande partie de beaucoup est occupée par l'exposition des hypothèses de l'auteur sur le mécanisme des actions cérébrales et des conséquences non moins hypothétiques qu'il en tire pour expliquer les phénomènes du sommeil, de l'ivresse et de la folie. Une figure schématique est destinée à faciliter l'intelligence de ces conceptions.

2. *Observation de carcinome intra et extra-crânien*; par M. le Dr Bagg, New-York.

NUMÉROS DE JUILLET ET D'OCTOBRE.

4. *Trente-cinquième réunion annuelle de la société des superintendants d'asiles*, tenue en juin 1884, à Toronto (Ontario), sous la présidence du Dr Callender, superintendant de l'asile de Nashville (Tennessee).

Une question capitale a surtout occupé les débats de la société, celle de la réforme des asiles. Les lecteurs des *Annales* savent à quel point elle préoccupe et même passionne les esprits en Amérique. En rendant compte d'un article du *Journal of nervous and mental disease*, intitulé *Traitement des aliénés aux États-Unis*, nous avons eu l'an dernier occasion de résumer les principales accusations dirigées contre les asiles et contre leurs superintendants. Plus récemment, dans le numéro de mars 1883, M. le Dr Foville a analysé un travail sur le même sujet que le Dr Dana a lu à la société pour la protection des aliénés et la prévention de la folie. Cette société, qui est d'origine récente, paraît avoir été fondée dans le but à peu près unique de renverser ou du moins de modifier profondément le système actuel d'assistance des aliénés. C'est parmi ses membres et parmi ceux de la Société névrologique que se trouvent les principaux promoteurs de la réforme. Mais l'agitation ne se borne pas au monde médical; elle a gagné le public et la grande presse. En mars 1881, *The North American Review* a publié, sous le titre de *Despotisme des superintendants*, un article de M. Dorman Eaton, qui paraît avoir eu un grand retentissement. En présence d'un mouvement d'opinion aussi considérable, les superintendants ne pouvaient manquer de s'émouvoir et de se défendre contre des attaques qui ne leur sont pas ménagées.

La discussion a été précédée par la lecture de deux travaux écrits : l'un du Dr Workman, ex-superintendant de l'asile de Toronto, intitulé *Direction des asiles*; l'autre du Dr Everts, superintendant de l'asile de Cincinnati, *Système américain d'assistance publique des aliénés, et despotisme dans les asiles*. Le Dr Everts résume l'histoire de la fondation de ces établissements et de l'organisation du système, il rappelle qu'il a fonctionné pendant longtemps à la satisfaction générale; puis, cherchant l'origine et la cause de toutes les accusations dont il est à présent l'objet, il croit la trouver surtout dans la jalouse rancune de rivaux déçus dans la poursuite des places. A ces ennemis naturels se joignent les réformateurs et agitateurs de

profession qui ont trouvé, dit-il, un terrain de choix dans cette accusation de despotisme dont le nom seul est tellement odieux à tout homme né de sang anglo-normand qu'il ne peut de sang-froid entendre parler de despotisme, même à l'égard de gens privés de leur raison. Il énumère tous les reproches adressés aux asiles et à ceux qui les dirigent, et cherche à montrer qu'ils sont, ou bien très exagérés, ou bien sans fondement aucun.

Aux plaintes contre les trop grandes dimensions des nouveaux bâtiments, le luxe de leur architecture et les frais énormes qu'ils occasionnent, contre leur insuffisance et leur encombrement, conséquences indirectes de ces dépenses exagérées et inutiles, il répond que si on avait tenu compte des conseils que la société des superintendants a donnés officiellement, et à plusieurs reprises, depuis 1851, ces défauts n'existeraient pas, et que, du reste, les grands asiles bien aménagés et bien dirigés donnent des résultats beaucoup moins mauvais qu'on ne l'a prétendu.

La défense était plus délicate et plus difficile contre les reproches adressés aux superintendants eux-mêmes, à leur despotisme et à l'esprit de routine qui les rend ennemis de tout progrès. Cependant M. Everts a fait valoir qu'un superintendant a besoin d'une grande autorité pour bien remplir ses fonctions; que ses rapports avec le personnel de l'asile et surtout avec les malades sont d'une nature toute spéciale qui rend à peu près impossible de bien définir les limites de cette autorité; que si quelques-uns des hommes qui en ont été investis ne se sont pas montrés à la hauteur de leurs devoirs, il serait souverainement injuste d'arguer de ces cas particuliers et tout à fait exceptionnels pour condamner en bloc tous leurs collègues; que, enfin, il n'y aurait aucun avantage à remplacer, comme on a proposé de le faire, l'autocratie limitée et responsable du superintendant par une aristocratie de fonctionnaires de différents grades, qui arriveraient au despotisme absolu en se soutenant mutuellement, ou bien qui perdraient toute autorité par leurs divisions et leurs querelles.

Malgré le succès mérité de ce plaidoyer *pro domo*, plusieurs orateurs ont reconnu, dans le cours de la discussion qui a suivi, que certaines améliorations sont désirables et possibles. Beaucoup d'entre eux ont paru sentir le besoin d'un pouvoir capable de servir de modérateur et en même temps de protecteur au superintendant. Ce pouvoir ne peut guère se trouver

que dans un corps d'inspecteurs, dont la création a été demandée depuis longtemps. Mais si l'utilité de l'inspection a été assez généralement admise, il s'en faut que l'on se soit trouvé d'accord sur les attributions des futurs inspecteurs. Une question non moins embarrassante est celle de leur caractère et de leur origine. Le corps des inspecteurs sera-t-il national, nommé par le gouvernement central ? Ou bien existera-t-il un comité spécial pour chaque Etat ? L'un et l'autre de ces systèmes offrent des difficultés et des inconvénients qu'a surtout fait ressortir le Dr Gray dans un long discours qui a clos la discussion. Le Dr Gray est l'un des plus considérables parmi les superintendants. Aussi est-ce surtout lui et l'asile d'Ulrica, dans l'Etat de New-York, qu'il dirige, qui ont été le but des attaques. Il s'est efforcé de démontrer leur mauvaise foi et leur inanité ; puis, considérant le système américain d'assistance des aliénés en général et le comparant à ceux qui sont en vigueur en Europe, il a conclu que ses compatriotes n'ont rien à envier sous ce rapport aux autres nations. Les hommes qui en ont posé les bases connaissent, a-t-il dit, la législation et les règlements qui régissent cette matière en Angleterre et ailleurs. Ils se sont inspirés de leur esprit et se les sont appropriés, en les améliorant souvent et en les adaptant aux besoins d'une société différente. Si donc nos institutions ne sont pas absolument parfaites, elles le sont autant que l'état actuel de nos mœurs peut le permettre.

Ce qu'a dit le Dr Gray est vrai sans doute de l'Etat de New-York, très en vue, très surveillé, et dont la législation, dans quelques-unes de ses parties au moins, a été récemment révisée. Mais en est-il de même de tous les Etats de l'Union ? Comme chacun d'eux est à cet égard absolument indépendant des autres et possède une organisation et des règlements touchant l'assistance des aliénés qui lui sont propres, il faudrait, avant de juger cette question, se faire au moins une idée de tous ces systèmes divers. Si concis qu'il pût être fait, un exposé de ce genre dépasserait de beaucoup les limites de notre travail, et nous ne pouvons que renvoyer le lecteur à l'excellente étude publiée par M. Foville dans les *Annales d'hygiène*, en 1873 : *Les aliénés aux Etats-Unis ; législation et assistance*. Les modifications qui ont pu être faites depuis cette époque dans quelques Etats n'ont pas eu assez d'importance pour avoir changé la physionomie et altéré les principaux caractères du système considéré dans son ensemble.

Quelles conclusions pouvons-nous tirer de ces débats? On comprend que, entre des détracteurs à outrance et des apologistes qui n'admettent presque pas de réserves, il est assez difficile de déterminer le moyen terme qui doit représenter la vérité. Cependant il est certains points sur lesquels tout le monde est à peu près d'accord. Tels sont les dimensions excessives de beaucoup d'asiles, leur encombrement et leur extrême insuffisance pour les besoins de la population pauvre. Nous en pouvons dire autant de l'abus des influences politiques sur le choix des fonctionnaires des asiles. C'est là le vice capital auquel on peut rattacher presque toutes les imperfections et tous les défauts qu'on reproche au système américain. Il n'est pas d'origine récente, car dès 1853 la société des *superintendants* elle-même insistait pour que ces influences fusseot absolument écartées.

Ces sages conseils n'ont guère été écoutés; il paraît certain au contraire que, depuis lors, les abus ont toujours été en croissant.

Ce n'est pas seulement pour le choix des *superintendants* que les opinions et les relations politiques du candidat ont souvent plus de poids que ses titres scientifiques. Les mêmes motifs décident quelquefois également de celui des administrateurs (*Trustees*) et de tous les autres fonctionnaires. Et outre, on sait qu'il est d'habitude et presque de règle, aux Etats-Unis, que, après chaque révolution politique, le parti vainqueur délègue ses adversaires de toutes les places qu'ils occupaient pour y mettre ses partisans. Les médecins d'asiles n'échappent pas plus que les autres fonctionnaires à ces déplacements. Dans certains Etats ils sont changés tous les deux ans, dit le Dr Hughes; et un autre membre de la société, le Dr Gundry, a pu compter, depuis qu'il est en fonctions, vingt-huit *superintendants* qui se sont succédé dans les cinq asiles d'un seul Etat, et dont quatorze sont encore vivants. Le peu de garanties au point de vue de la compétence médicale que présentent des fonctionnaires choisis de la sorte, le manque d'expérience et d'esprit de suite dans la direction des asiles qui résulte forcément de mutations si fréquentes, sont des inconvénients trop évidents pour qu'il soit utile d'y insister. On peut ajouter que cette intrusion de la politique sur un terrain qui devrait lui être complètement étranger a encore pour effet de mettre obstacle à des réformes utiles. C'est ainsi que l'un des principaux motifs mis en avant par les adversaires du projet de création d'un corps d'inspecteurs a été que son exécution



aurait pour unique résultat d'accroître le nombre des places à la disposition des vainqueurs politiques.

Heureusement le mal n'est pas général, ou du moins si ces influences politiques se font sentir un peu partout, elles ne sont pas partout et toujours toutes-puissantes. Il est un certain nombre de superintendants qui ont vieilli dans leurs places et qui par conséquent ont résisté à plusieurs révolutions. Il est aussi parmi eux nombre d'hommes distingués qui ne méritent assurément pas les accusations d'ignorance, de despotisme, d'esprit de routine, etc., dont leurs adversaires sont si prodigues. Mais si ces accusations sont exagérées et peut-être trop souvent intéressées, faut-il croire qu'elles sont absolument dénuées de fondement? Ce serait là un excès d'optimisme que ne professent pas tous les superintendants eux-mêmes. D'ailleurs, en outre de l'abus des influences politiques sur le choix des médecins, il y a d'autres raisons de penser que la préparation scientifique et l'expérience clinique doivent manquer à quelques-uns au moins des élus. Dans la brochure que nous avons citée, M. Foville faisait déjà ressortir, il y a dix ans, les inconvénients que devait avoir à ce point de vue l'absence de toute institution analogue à notre internat des asiles. Cette lacune dans l'enseignement n'a pas été comblée ou ne l'a été que d'une façon très incomplète; et aujourd'hui encore, le Dr Workman se plaint de l'inexpérience des jeunes docteurs qui entrent comme *assistants* (médecins adjoints) dans les asiles, et propose la fondation de cliniques de psychiatrie analogues à celles qui existent en Italie.

Cette réforme, certainement utile, serait d'une exécution aisée. Il est fâcheux qu'on n'en puisse dire autant de la suppression des influences politiques qui pourtant ont des conséquences bien autrement graves que les imperfections de l'enseignement. Les institutions ne valent que par ceux qui les dirigent, et l'on aura beau modifier l'organisation des asiles américains, tant que les hommes placés à leur tête pourront être choisis plutôt pour leurs opinions que pour leur mérite, il est plus que probable que les plaintes et les récriminations ne se tairont pas. Tout le monde reconnaît l'existence du mal; les superintendants aussi bien que leurs ennemis demandent qu'on y porte remède. Malheureusement, ce remède ne peut se trouver que dans un progrès des mœurs politiques que personne n'a le pouvoir de décréter.

2. *Etablissements privés pour certaines classes d'aliénés*; par le Dr Gundry, superintendant de l'asile de Catonsville (Maryland).

Les classes d'aliénés dont il s'agit sont les idiots, les imbéciles, les épileptiques et les criminels. Ce sont ces derniers surtout qui ont été l'objet de la discussion, et nous retrouvons ici, à bien peu de chose près, les mêmes raisons pour et contre les asiles spécialement consacrés à cette classe d'aliénés qui ont été présentées à la Société médico-psychologique de Paris. Le système de la séparation ne serait du reste pas tout à fait nouveau en Amérique; il est établi au Canada et dans l'Etat de New-York. Un asile a aussi été fondé dans ce but, il y a plus de vingt ans, dans l'Ontario; mais, nous ne savons pour quelles raisons, peut-être à cause de l'encombrement des asiles ordinaires, il n'a pas conservé sa destination spéciale. Le principe de la séparation n'en a pas moins été maintenu, et les aliénés criminels sont à présent placés dans un quartier isolé du pénitencier. L'asile d'Auburn, dans l'Etat de New-York, doit, d'après ses statuts, être réservé aux aliénés coupables de meurtre, d'incendie et de vol de grand chemin. Mais, en fait, tous ceux qui ont commis quelqu'un de ces crimes n'y sont pas placés, et d'autre part, tout aliéné dangereux peut y être envoyé, même sans qu'il ait commis de crime. C'est la cour qui ordonne le placement et la sortie des malades, après avoir pris l'avis du médecin, et par conséquent en tenant grand compte de l'état mental des individus. Cette institution, dont les règlements sont très analogues à ceux qui régissent l'asile de Broadmoor, n'a cessé, dit le Dr Gray, de donner de très heureux résultats.

En résumé, la majorité des superintendants s'est montrée favorable à l'idée de la séparation des diverses classes d'aliénés, sans l'admettre toutefois d'une façon absolue, pas plus pour les épileptiques que pour les criminels. Le Dr Gundry, après avoir résumé la discussion, a demandé et obtenu la nomination d'un comité chargé d'étudier sa proposition.

Parmi les autres travaux qui ont été présentés à la société nous citerons les suivants : *Electrisation céphalique et spinale*, par le Dr Hughes; *Etude méthodique de la folie*, par le Dr Henry Hurd, superintendant de l'asile de Pontiac (Michigan). Elle a aussi entendu la lecture de plusieurs observations de cas intéressants.

D<sup>r</sup> DESMARES.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain (force neurique rayonnante), connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal; par le Dr Baréty, ex-interne des hôpitaux de Paris, lauréat de la Faculté de médecine de Paris, etc. — Paris, Doin, éditeur, et Jacques Lechevalier, libraire. 1882.*

Ce mémoire a été présenté à la Société de biologie en juillet 1881. Si nos souvenirs sont exacts, lors de la lecture, plusieurs membres semblèrent tout d'abord partager les opinions de l'auteur, mais une réaction se manifesta bientôt et la majorité, à la suite de M. Charcot, attribua purement et simplement les phénomènes observés par l'auteur à l'influence des agents physiques ordinaires et anciennement connus.

M. le Dr Baréty croit qu'en dehors de la chaleur, de l'électricité, de la lumière (chez certains animaux), il existe, au moins chez l'homme, une force spéciale non étudiée jusqu'à présent et qu'il appelle la *force neurique*. Comme les autres forces, la force neurique est une transformation du mouvement, elle a son équivalent qu'on pourra arriver à mesurer, elle se transmet par l'intermédiaire et avec le secours de l'éther, d'après la théorie probable de l'ondulation. La force neurique existe à l'état statique et à l'état dynamique dans le système nerveux. Mieux encore, elle peut s'échapper du corps chez certaines personnes privilégiées, et devenir ainsi extérieure, isolée. Elle n'a plus d'autre support alors que l'éther, et sous ce nouvel aspect, M. Baréty la nomme : *force neurique rayonnante*. C'est cette force neurique rayonnante que Mesmer et d'autres magnétiseurs moins célèbres connaissaient d'une façon empirique, l'auteur l'a étudiée scientifiquement.

Son sujet était une jeune hystérique très impressionnable et qui réagissait parfaitement. Il ne semble pas qu'il ait expérimenté sur d'autres personnes. Voici le point de départ de ses observations : Le fluide neurique, chez les individus spécialement doués, s'échappe par les yeux, par les extrémités des

doigts et par le souffle. Selon le mode d'émission, l'effet varie. Ainsi, avec les yeux et les doigts, on provoque l'anesthésie de la portée visée, avec le souffle on provoque son hyperesthésie. Mais cette hyperesthésie peut devenir latente pendant un certain temps, après qu'on a cessé de souffler, et alors les doigts ou la vue la réveillent. Ainsi, en soufflant sur la main, on y provoque de l'hyperesthésie; si on fixe ensuite cette main ainsi préparée, on produit une douleur au point fixé. Ceci posé, on peut comparer une *main préparée* à un écran sur lequel on dirige les rayons neuriques, ce qui permet d'étudier leurs propriétés.

Par ce procédé, M. Baréty a constaté que le fluide neurique se propageait en ligne droite, qu'il se reflétait sur une surface polie en formant un angle de réflexion égal à l'angle d'incidence, qu'il se concentrait en traversant une lentille, qu'il formait un spectre en traversant un prisme, que certains corps le conduisaient bien, que d'autres le conduisaient mal; qu'il tendait à s'échapper par les pointes ou par les angles aigus, que certaines couleurs l'absorbaient, qu'il traversait certains corps (*une muraille, une armoire pleine de linge...*), etc.

La lecture de ce mémoire produit une impression étrange. La bonne foi de l'auteur est évidemment hors de cause. Mais le *sujet* (une hystérique) ne l'a-t-il pas trompé, en partie au moins? On sait, du reste, que chez certaines hystériques les sens deviennent d'une finesse inouïe. Et puis, comment se fait-il que l'auteur n'ait expérimenté que sur sa malade? A la Salpêtrière, il eût pu faire en public des expériences qui eussent résolu la question. Pourquoi ne l'a-t-il pas fait?

Cependant il ne faut pas oublier qu'il y a vingt ans à peine, ils étaient rares, ceux qui prévoyaient la découverte de ces phénomènes bizarres, et bien connus aujourd'hui, qu'on peut provoquer chez les hystériques. Mais dans ces cas encore on n'est pas obligé de faire intervenir l'existence d'une force nouvelle.

Terminons en faisant remarquer que M. Baréty fait ses réserves expresses, et c'est encore heureux, « pour tout ce qui » touche à l'interprétation de la nature de cette activité propre » du système nerveux qui se révèle par la *conscience* ou par la » notion du *moi*. »

: D<sup>r</sup> L. CAMUSET.

# VARIÉTÉS

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

BUREAU POUR 1884.

La Société médico-psychologique a procédé, le 24 décembre 1883, au renouvellement de son bureau pour l'année 1884. Ont été élus :

*Président* : M. FOVILLE.

*Vice-président* : M. DAGONET.

*Secrétaire général* : M. RITTI.

*Secrétaires annuels* : MM. CHARPENTIER et GARNIER.

*Trésorier* : M. AUG. VOISIN.

### LISTE DES MEMBRES

#### Membres honoraires.

MM.  
Billod, O ☼.  
Bourdin, ☼.  
Constans, O ☼.  
Dechambre, O ☼.  
Des Etangs, ☼.  
Dumesnil, O ☼.  
Durand (de Gros).  
Fournet, ☼.

MM.  
Girard de Cailleux, O ☼.  
Janet (Paul), O ☼.  
Legrand (Maximin), ☼.  
Maury (Alfred), O ☼.  
Moreau (de Tours), ☼.  
Ott.  
Rota.

#### Membres titulaires.

MM.  
Baillarger O ☼, rue de l'Université, 8.  
Ball ☼, boulevard Saint-Germain, 179.  
Ballet (Gilbert), rue des Saints-Pères, 79.  
Bigot ☼, asile de Vaucluse (Seine-et-Oise).  
Blanche ☼, rue des Fontis, 45, à Paris-Auteuil.  
Bouchereau ☼, asile Sainte-Anne, rue Cabanis, 4.  
Bourneville, rue des Ecoles, 6.  
Briand (Marcel), rue des Feuillantines, 9.  
Brochin, boulevard Saint-Michel, 7.

MM.  
Calmeil ☼, à Pontenay-sous-Bois (Seine).  
Charpentier, hospice de la Salpêtrière.  
Christian, maison nationale de Charenton.  
Collineau, rue du Temple, 187.  
Cotard, à Vanves (Seine).  
Dagonet ☼, asile Sainte-Anne.  
Dally ☼, rue Legendre, 5.  
Delasiauve, rue du Sommerard, 35.  
Falret (Jules) ☼, rue du Bac, 44.  
Féré, rue Chomel, 5.  
Fournié (Edouard), rue Louis-le-Grand, 14.

## MM.

Foville (Ach.) \*, boulevard Saint-Germain, 177.  
 Garnier (Paul), boulevard Montmartre, 16.  
 Goujon O \*, rue Piepus, 90.  
 Guignard, rue de l'Arrivée, 10.  
 Lamaestre (Espiau de), asile de Ville-Evrard, à Neuilly-sur-Marne (Seine-et-Oise).  
 Legrand du Saulle O \*, quai Saint-Michel, 29.  
 Loiseau \*, rue Pernelle, 12.  
 Lucas (Prosper).  
 Lunier O \*, rue de l'Université, 6.  
 Luys \*, rue de Grenelle-Saint-Germain, 20.  
 Maguan, asile Sainte-Anne.

## MM.

Mesnet \*, r. de Charonne, 161.  
 Meuriot, rue Berlon, 17.  
 Mitivié (Albert), boulevard Saint-Germain, 260.  
 Moreau (de Tours) Paul, rue Bleue, 17.  
 Motet \*, rue de Charonne, 161.  
 Ritti, maison nationale de Charenton.  
 Rousselin, boulevard Bineau, 98, à Neuilly-sur-Seine.  
 Sémelaigne, château de Saint-James, à Neuilly-sur-Seine.  
 Sémerie, rue Laffitte, 2.  
 Voisin (Auguste) \*, rue Séguier, 16.  
 Voisin (Jules), rue du Faubourg-Poissonnière, 58.

*Membres correspondants.*

## MM.

Armaingaud, à Bordeaux.  
 Azam, à Bordeaux.  
 Baume, à Elven près Vannes.  
 Biaute, à l'asile de Nantes.  
 Bécoulet, à l'asile de Dôle.  
 Bonnet, à l'asile de Châlons.  
 Bouteille, à l'asile de Toulouse.  
 Brunet, à l'asile d'Evreux.  
 Campagne, à l'asile de Mont-de-Vergues.  
 Carrier (Albert), à Lyon.  
 Cuillerre, à l'asile de La Roche-sur-Yon.  
 Danner, à Tours.  
 Darnis, à Montauban.  
 Desmaisons, à Castel d'Andorte près Bordeaux.  
 Despine (Prosper), à Marseille.  
 Dourebente, à l'asile de Blois.  
 Dulour, à l'asile Saint-Robert, près Grenoble.  
 Etoc-Demazy, au Mans.  
 Fabre, à l'asile de Saint-Lizier.  
 Fabre de Parrel, à Dieppe.  
 Fusier, à l'asile de Bassens près Chambéry.  
 Gallopain, à l'asile de la Charité (Nièvre).

## MM.

Giraud, à l'asile de Fains, près Bar-le-Duc.  
 Greffier, à Paris.  
 Hildenbrand, à l'asile de Bonneval (Eure-et-Loir).  
 Hospital, à l'asile de Clermont-Ferrand.  
 Hurel, à Gaillon.  
 Labitte, à l'asile de Clermont (Oise).  
 Lacour, à Lyon.  
 Laffitte, à l'asile de Pau.  
 Lailier, à l'asile de Quatre-Mares.  
 Langlois, à l'asile de Maréville.  
 Lannurien, à Morlaix.  
 Lapointe, à l'asile de Moulins.  
 Laurent, à Rouen.  
 Mabilley, à l'asile de la Rochelle.  
 Macario, à Nice.  
 Maret, à l'asile d'Auch.  
 Masbrenier, à Melun.  
 Millet, à l'asile de Blois.  
 Mordret, à l'asile du Mans.  
 Niepee, à Allevard.  
 Ollier, au 6<sup>e</sup> chasseurs.  
 Papillaud, à Saujon (Charente-inférieure).  
 Parant, à Toulouse.

## MM.

Péon, à l'asile de Breuty (Charente).  
 Picard, à la Malgrange, près Nancy.  
 Pierret, à l'asile de Bron, près Lyon.  
 Régis, à Castel-d'Andorte au Bouscat, près Bordeaux.  
 Rey, à l'asile de Ville-Evrard.  
 Reynaud, rue de Puteaux, 7.  
 Rougé (Calixte), à Limoux (Aude).

## MM.

Rousseau, à l'asile d'Auxerre.  
 Saint-Lager, à Lyon.  
 Sauze, à Marseille.  
 Simon (Max.), à l'asile de Bron.  
 Sisteray, à Bordeaux.  
 Sizaret, à l'asile de Maréville.  
 Solaville, à l'asile de Poitiers.  
 Taguet, à l'asile de Bordeaux.  
 Teilleux, au Mans.  
 Vallon, à l'asile Ste-Anne, à Paris.

*Membres associés étrangers.**Allemagne.*

## MM.

Brosius, à Bendorf.

*Angleterre.*

Bateman, à Norwich.  
 Bucknill, à Londres.  
 Clouston, à Edimbourg.  
 Crichton-Browne, à Londres.  
 Gasquet, à St-George's-Retreat.  
 Hack Tuke (Daniel), à Londres.  
 Harrington Tuke, à Londres.  
 Lockhart-Robertson, à Londres.  
 Mackintosh, à Glasgow (Ecosse).  
 Maudsley, à Londres.  
 Mortimer-Granville, à Londres.  
 Nicolson, à Broadmoor, Wokingham.  
 Orange, à Broadmoor, Wokingham.  
 Rayner, à Hanwell, Middlesex.  
 Rutherford, à Dumfries.  
 Savage, à Londres.  
 Shaw, à Banstead, Surrey.  
 Sibbald (John), à Edimbourg (Ecosse).  
 Wood, à Londres.

*Autriche.*

Krafft-Ebing (de), à Gratz (Styrie).  
 Leidesdorf, à Vienne.  
 Mundy, à Vienne.  
 Obersteiner père, à Vienne.  
 Obersteiner fils, à Vienne.  
 Schlager, à Vienne.

*Belgique.*

## MM.

Bisch, à Coste.  
 Ingels, à Gand.  
 Lefebvre, à Louvain.  
 Lentz, à Froidmont.  
 Masoin, à Louvain.  
 Oudart, à Bruxelles.  
 Peeters, à Gheel.  
 Semal, à Mons.  
 Van den Abeele, à Bruges.  
 Vermeulen, à Gand.

*Brésil.*

Teixeira Brandao, à Rio de Janeiro.

*Espagne.*

Giné y Partagas, à Barcelone.  
 Pii y Molist, à Barcelone.

*Etats-Unis.*

Echeverria, à Utica (Etat de New-York).  
 Gray, à New-York.

*Hollande.*

Donkersloot, à Dordrecht.  
 Hubrecht, à La Haye.  
 Persijns, à Meerrenberg.  
 Ramaër, à La Haye.  
 Van Andel, à Zütphen.  
 Van der Bogaert, à Rosmalen.  
 Van der Lith, à Utrecht.  
 Van der Swalme, à Delft.  
 Yong (de), à Amsterdam.

## MM.

*Italie.*

Azzuri, à Rome.  
 Bacel, à Venise.  
 Biffi, à Milan.  
 Bini, à Florence.  
 Cardona, à Rome.  
 Frigerio, à Pesaro.  
 Funaioli, à Sienne.  
 Giacchi, à Raconiggi (Piémont).  
 Lombroso, à Turin.  
 Miraglia, à Naples.  
 Monti, à Parme.  
 Morselli, à Turin.  
 Néri, à Pérouse.  
 Perla, à Aversa.  
 Riva, à Reggio-Emilia.  
 Sannicola, à Aversa.  
 Seppilli, à Imola.  
 Solivetti, à Rome.  
 Stacchini (Carlo), à Florence.  
 Tamburini, à Reggio-Emilia.  
 Tonino, à Recanati.  
 Virgilio, à Aversa, près Naples.

*Russie.*

Danillo, à Saint-Petersbourg.

## MM.

Frézé, à Kassar.  
 Herzog, à Saint-Petersbourg.  
 Jacoby, à Nice.  
 Lubelski, à Varsovie.  
 Mierzejewski, à St-Petersbourg.  
 Rothe, à Varsovie.  
 M<sup>lle</sup> Skwortzoff (Nadine).

*Serbie.*

Va-sitch, à Svilaénatz.

*Suède.*

Berliny, à Malmö.  
 Salomon, à Malmö.

*Suisse.*

Cramer, à la Rosegg (Soleure).  
 Dunant, à Genève.  
 Fetscherin, à Saint-Urbain (Lucerne).  
 Rist, à la Métairie, près Genève.

*Turquie.*

De Castro, à Constantinople.

## NOMINATIONS ET PROMOTIONS.

— *Arrêté du 24 janvier 1884* : M. le D<sup>r</sup> MILLET, médecin adjoint de l'asile de Prémontré (Aisne), est nommé au même titre à l'asile de Blois et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade.

— *Arrêté du 28 janvier* : M. le D<sup>r</sup> BELLAT, ancien interne des asiles de la Seine, est nommé médecin adjoint de l'asile de Prémontré (2<sup>e</sup> classe).

— *Arrêté du 28 janvier* : M. le D<sup>r</sup> Paul GÉRENTE, nommé précédemment par M. le Gouverneur général de l'Algérie directeur-médecin de l'asile de La Bouzaréa (Algérie), est assimilé aux directeurs-médecins des asiles publics de la métropole pour prendre rang à la suite des directeurs-médecins de 4<sup>e</sup> classe, en fonctions au 30 septembre 1883.

— *Arrêté du 31 janvier 1884* : M. le D<sup>r</sup> KÉRAVAL, médecin adjoint de l'asile Saint-Yon (Seine-Inférieure), est nommé médecin adjoint de l'asile de Vauluse (Seine) (poste créé) et maintenu dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade.

## NÉCROLOGIE.

Le D<sup>r</sup> LE PAGE. — Le D<sup>r</sup> Le Page, médecin en chef du quartier d'aliénés d'Orléans, est décédé le 27 janvier 1884 à l'âge de cinquante-sept ans. M. le D<sup>r</sup> Le Page avait succédé en mars 1877 au D<sup>r</sup> Payen dont il était l'adjoint depuis trois ans. Nous ne connaissons de M. Le Page aucun travail sur les maladies mentales.



## PRIX CONCERNANT L'ANTHROPOLOGIE CRIMINELLE D'ITALIE.

La *Rivista di disciplina carceraria*, qui se publie sous le patronage de la direction générale des prisons, a résolu de mettre au concours les sujets suivants :

*Première thèse — Prix 2,000 francs.*

« Exposer les progrès accomplis dans ce siècle (en Italie et ailleurs) dans les études d'anthropologie criminelle, et les théories soutenues par les auteurs les plus autorisés ; examiner les faits et les chiffres statistiques qu'ils ont cités à l'appui de ces théories, et les soutenir ou les combattre à l'aide d'autres faits et d'autres statistiques. »

Comme il est facile de le voir, l'importance de cette thèse réside principalement dans la dernière partie, car les deux premières ne sont qu'une introduction historique. Il est donc naturel de donner la préférence au mémoire qui contiendra la plus grande quantité de recherches d'anthropologie criminelle.

Nul en effet parmi ceux qui cultivent les sciences anthropologiques, n'ignore que, de nos jours, une école de savants expérimentalistes croit pouvoir trouver les causes déterminantes de l'impulsion à commettre des délits dans le crétinisme, le goitre, l'alcoolisme, la folie des ascendants et les anomalies du corps et spécialement du crâne; de même qu'elle croit pouvoir déterminer quelques caractères particuliers dans la mesure du crâne et de la face — dans les erreurs de la parole et de l'écriture — dans la dynamométrie, l'esthésiométrie, l'algométrie, etc.

*Deuxième thèse — Prix de 1,000 francs.*

La deuxième thèse à laquelle est affecté un prix de 1,000 fr., consiste à exposer les règles suivies par les anciennes législations pour définir et punir la récidive ; celles que l'on suit maintenant et à examiner surtout, en se basant sur des faits, quelles sont les causes principales de la récidive et les moyens pour la combattre.

*Troisième thèse — Prix de 1,000 francs.*

La troisième thèse, à laquelle est également affecté un prix de 1,000 francs, consiste à définir la volonté, à indiquer de quelle manière, à quelle époque de la vie et sous quelles conditions internes et externes se développe dans l'homme la faculté du vouloir, à indiquer quels sont les moyens les plus efficaces pour augmenter l'énergie de la volonté de manière à exercer une influence sur la formation du caractère moral de l'homme et d'en faire un moyen de correction chez les adultes.

Pour la première thèse, le concours est international, mais les *Mémoires* ne pourront être écrits qu'en italien ou en français.

Pour les autres questions, le concours est réservé aux écrivains italiens.

Les *Mémoires*, originaux, inédits, anonymes, sur la première

thèse, devront être adressés *franco* à la direction de la *Rivista di discipline carceraria*, au ministère de l'intérieur, avant le 31 décembre 1884, et ceux sur les deux autres thèses, avant le 30 septembre 1884.

Chaque travail devra être accompagné d'une devise répétée sur une enveloppe cachetée, dans laquelle devra se trouver la signature de l'auteur.

Les concurrents conserveront la propriété de leurs écrits qui leur seront rendus aussitôt après que la commission chargée de les examiner aura donné son avis.

Les auteurs des écrits récompensés devront les publier dans l'espace de six mois, à dater du jour où ils leur auront été rendus, ou bien les laisser publier dans la *Rivista di discipline carceraria* si la direction y consent.

Dans le premier cas, l'auteur est obligé de donner cinquante copies du mémoire publié, à la direction de la Revue; dans le second cas, l'auteur recevra, en outre du prix fixé, cent exemplaires.

Le prix sera donné le jour de la publication du mémoire récompensé.

#### LE NOËL DES ALIÉNÉS A L'ASILE DE CHALONS.

Quand vous parcourez les rues de la ville, vous trouvez à chaque pas une enseigne, une réclame, une exposition de jouets, de bonbons, de livres, d'objets d'art et de bijouterie qui vous rappellent, si vous avez pu l'oublier, que nous sommes à l'époque de l'année si désirée par les enfants — et aussi par les malheureux qui comptent à l'avance les dons que la bienfaisance devrait toujours distribuer à ceux qui souffrent — à ceux qui ont faim — ou à ceux qui pleurent.

Or, s'il est sur terre, une classe toute particulière de malheureux, c'est assurément les pauvres fous; ces être privés de raison, de jugement; — ces êtres chez qui l'intelligence a fait place à l'égarement, à l'abrutissement, à la démence et à la dégradation morale; ces pauvres insensés que leur état maladif retient au dehors de la vie ordinaire. — Est-ce que ces malheureux, tout comme les autres, n'ont pas droit à un peu de consolation, à un peu de gaieté, à un divertissement qui leur rappelle, pour ainsi dire, leur existence passée, celle où ils vivaient au milieu des leurs, entourés de leur famille, fêtant en joyeuse réunion le Noël ou le nouvel an?

C'est dans ce but que M. le Dr Henry Bonnet, directeur-médecin en chef de l'asile de Châlons, a tenu à donner à ses malades deux séances de prestidigitation par le célèbre physicien Conus, qui a exécuté avec une adresse incroyable des tours extrêmement merveilleux et distribué à ses spectateurs : liqueurs, bonbons, oranges, aux applaudissements de tous. — Joignez à cela des chansonnettes parfaitement réussies et accompagnées avec son talent habituel par M. Huet, l'organiste bien connu, et vous aurez encore une idée bien faible des deux charmantes soirées procurées à ces pauvres gens.

Pour Noël, une magnifique messe en musique a dû être exécutée par la *Société musicale chalonnaise*, sous la direction de son habile chef, M. Toupry, et pour le premier jour de l'an, on nous promet une distribution de gâteaux et de café aux aliénés.

Quelle joie, quel bonheur pour cette population de malheureux de pouvoir se dire : « Nous aussi, nous avons eu notre Noël, et nous aurons notre jour de l'an ! »

(Le *Progrès de la Marne* du 28 décembre 1883.)

#### SÉQUESTRATION ILLÉGALE COMMISE PAR UN MAIRE.

Nous, préfet du Doubs, chevalier de la Légion d'honneur.

Vu les pièces d'enquête desquelles il résulte :

1<sup>o</sup> Que M. Voisard, maire de la commune d'Indevillers, par lettre en date du 30 juin 1883, a sollicité de notre prédécesseur l'internement à l'asile d'aliénés de Dôle de la femme Voisard, née Brischoux, et a produit à l'appui de sa requête un certificat médical en date du 29 juin, attestant que cette femme était atteinte de folie et qu'il était nécessaire, pour la sécurité publique, de la placer dans un établissement spécial ;

2<sup>o</sup> Qu'au vu de ces pièces, l'administration préfectorale a pris à la date du 10 juillet 1883, un arrêté autorisant l'admission provisoire de la femme Voisard à l'hospice de Bellevaux pour y être placée en observation ;

3<sup>o</sup> Que dans la lettre susmentionnée, le maire d'Indevillers a trompé l'administration, en ne lui faisant pas connaître, d'une part, que la femme Voisard n'habitait pas sa commune, quoiqu'en étant originaire, mais qu'elle résidait depuis trente ans en Suisse, avec son mari, et qu'elle ne se trouvait même pas à Indevillers au moment où son internement était demandé ; et, d'autre part, que le certificat médical avait été délivré par un praticien qui n'avait pas vu cette femme, mais l'avait rédigé de confiance au vu d'une attestation d'un médecin suisse ;

4<sup>o</sup> Qu'après être resté pendant plus de trois mois sans faire usage de l'arrêté préfectoral précité, le maire d'Indevillers a procédé, le 22 octobre dernier, avec l'aide de la gendarmerie requise à cet effet et de deux autres personnes, à l'arrestation de la femme Voisard, qui avait été attirée dans la commune à l'aide d'une lettre mensongère à elle adressée ; que cette arrestation a eu lieu entre onze heures du soir et minuit ; que le maire pour pénétrer dans la maison où la femme Voisard était descendue et devant le refus d'ouvrir qui lui était opposé, a fait enfoncer les portes malgré les cris et les protestations des habitants ; qu'il a obligé la malade à s'habiller à la hâte, l'a fait emmener hors de la maison, l'a fait monter sur une voiture et conduire à Besançon ;

Considérant que l'état mental de la femme Voisard ne présentait à ce moment aucun danger pour la sûreté publique et la sécurité des personnes ;

Considérant que, dans ces circonstances, le maire d'Indevillers a gravement compromis la dignité de ses fonctions en

trompant l'administration; qu'il s'est associé à une manœuvre ayant pour but d'attirer la femme Voisard à Indevillers, où elle ne résidait pas; qu'il a abusé de son autorité en requérant illégalement la gendarmerie et en s'introduisant la nuit dans une maison habitée;

Considérant que ces faits méritent une sévère répression;

Vu la loi du 30 juin 1838;

Vu la loi du 6 mai 1835;

Sur la proposition de M. le sous-préfet de Montbéliard,

Arrêtons :

Art. 1<sup>er</sup>. — M. Voisard (Charles), maire de la commune d'Indevillers est suspendu de ses fonctions.

Art. 2. — M. le sous-préfet de Montbéliard est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Besançon, le 7 février 1884.

*Le préfet du Doubs,*  
LEVAILLANT.

#### FAITS DIVERS

— L'établissement des aliénés de Leyme (arrondissement de Figeac) vient d'être le théâtre d'un drame épouvantable.

Dans la soirée de vendredi, 8 février 1884, une femme de service commit l'imprudence de pénétrer dans la cellule d'une folle dangereuse, sans se faire suivre de quelque gardien ou d'une autre infirmière.

Aussitôt la folle se précipite sur la porte, la ferme, et prend la clef. Puis, comme heureuse d'avoir enfin une victime sur qui elle va pouvoir exercer sa rage, elle tombe avec fureur sur la pauvre servante et lui assène de si violents coups de poing sur la tête qu'elle finit par l'étendre par terre sans connaissance et presque sans vie.

Des gardiens et plusieurs autres personnes, accourus aux cris désespérés de la victime, eurent la douleur d'assister à cette horrible scène, derrière les barreaux d'une grille, sans pouvoir porter secours à la malheureuse aussi promptement qu'ils l'auraient voulu. La porte était en fer, munie d'une grosse serrure, et la clef enlevée.

Quand on put enfin forcer l'entrée de la loge, il était trop tard. L'infirmière respirait encore, mais deux heures après elle était morte.

(*La Paix.*)

*Pour les articles non signés : L. LUNIER.*

ANNALES MÉDICO-PSYCHOLOGIQUES  
JOURNAL  
DE  
L'ALIÉNATION MENTALE  
ET DE  
LA MÉDECINE LÉGALE DES ALIÉNÉS

---

CHRONIQUE

---



Une famille vouée au suicide. — La folie dans les classes aisées en Italie. — Antagonisme entre la paralysie générale et la pellagre. — Le crétinisme sporadique ou fœtal à la Société pathologique de Londres. — Incertitude de l'étiologie de l'ataxie locomotrice. — De l'ergotine dans le traitement de la paralysie générale.

Obligé de laisser le plus de place possible, dans ce numéro, aux analyses des journaux étrangers, dont la Rédaction des *Annales* désire désormais rendre compte aussi près que possible de leur publication, nous mentionnerons brièvement, dans cette chronique, quelques faits qui nous ont paru de nature à intéresser nos lecteurs.

M. Maccabruni a raconté l'histoire d'une de ces familles qui paraissent vouées, par une inexorable fatalité, à disparaître par le suicide, le plus souvent inexpliqué, de presque tous leurs membres.

Il s'agit d'un père qui a eu cinq fils et deux filles.

Sur les cinq fils, un a péri de mort violente en Amérique,

deux se sont suicidés; sur les deux qui restent, un seul, l'aîné de tous, paraît vivre dans d'assez bonnes conditions d'équilibre moral. L'autre, le troisième par l'âge, est tourmenté de la façon la plus cruelle par le désir de se tuer; c'est seulement par considération pour sa femme que, jusqu'à présent, il a pu résister à cette violente impulsion.

Des deux filles, une vit encore; l'autre s'est empoisonnée avec du phosphore.

Trois de ses enfants avaient déjà succombé par mort volontaire, lorsque le père se suicida à son tour, à l'âge de soixante-deux ans, après avoir transmis, la veille, sa maison de commerce à son fils aîné.

Douze ans plus tard, le fils du fils mort en Amérique se tua à son tour.

On n'a pu constater l'existence d'aucune des causes ordinairement admises en cas de suicide, ni perte ou privation d'argent, ni passions violentes, ni maladies incurables; on n'a pas connaissance d'aucune disposition morbide semblable parmi les ascendants. Chez chaque sujet, pris en particulier, les modifications psychiques qui ont précédé la détermination fatale paraissent avoir été très peu sensibles; il ne reste à invoquer que la consanguinité et l'esprit d'imitation.

La fille, avons-nous dit, s'est empoisonnée par le phosphore. Les quatre hommes se sont tous tués d'un coup de pistolet, et, chose des plus remarquables, avec le même pistolet! Comment ne s'est-il trouvé personne pour faire disparaître de la famille une arme ayant rendu de si lugubres services (*Centralblatt für Nervenheilkunde*. — 4<sup>er</sup> avril 1884).

L'éminent professeur italien, Andrea Verga, malgré l'âge et malgré les dignités politiques, continue à s'occuper de science. Tout récemment, il a publié dans les *Annali di Statistica*, 1883, un mémoire sur les formes de la folie dans les

classes aisées. Il y compare, à plusieurs points de vue, les données statistiques relatives aux aliénés placés dans les asiles publics de l'Italie, et celles qui se rapportent aux aliénés placés dans les asiles privés. A la date du 31 décembre 1880, le nombre des premiers était de 46,886, et celui des seconds de 585 ; c'est sur ces éléments que porte la comparaison. Malheureusement ces chiffres peuvent ne pas être exactement comparables, car rien ne prouve que la proportion des aliénés placés dans les asiles, par rapport à ceux qui existent réellement, soit la même dans les différentes classes de malades mises en parallèle ; et c'est dans ce cas surtout que les résultats obtenus eussent été instructifs. Ainsi, par exemple, on constate que, sur 100 aliénés placés dans les asiles publics, il y a 54 hommes et 49 femmes, c'est-à-dire que les deux sexes y sont représentés à peu près également. Dans les asiles privés, au contraire, il y a 64 hommes contre 36 femmes. Faut-il en conclure que la folie est notablement plus rare chez les femmes de la bourgeoisie que chez celles du peuple ; ou bien n'est-il pas probable que les premières, lorsqu'elles sont frappées d'aliénation mentale, sont, plus souvent que les secondes, conservées dans les familles et plus rarement placées dans les asiles ? M. Verga a soin de se poser lui-même la question, mais sans avoir le moyen de la résoudre. En outre, n'y a-t-il pas, dans les asiles publics, un certain nombre de pensionnaires appartenant aux classes aisées, qu'il aurait été plus juste, au point de vue où se place l'auteur, de réunir aux malades des asiles privés au lieu de les leur opposer ?

Quoi qu'il en soit, on voit que, même dans les asiles publics, les hommes existants sont, en Italie, plus nombreux que les femmes ; le contraire a lieu dans notre pays, puisque, d'une manière générale, on compte dans les asiles français pris en bloc, 110 femmes par 100 hommes. Si l'on n'envisage que nos asiles privés, la prédominance des femmes

augmente beaucoup, puisque leur nombre est de 140 pour 100 hommes.

Les causes de ces divergences sont probablement multiples et mériteraient une étude approfondie qui ne peut trouver sa place ici.

Nous ne ferons qu'une remarque relative à la paralysie générale, et à sa fréquence relative dans les asiles publics et dans les asiles privés.

M. Verga a trouvé que la proportion des aliénés paralytiques est : dans les asiles publics, de 3,54 p. 100 pour les hommes et de 1,46 p. 100 pour les femmes, tandis que, dans les asiles privés, il serait de 10,67 p. 100 pour les hommes et de 0,95 p. 100 pour les femmes.

Ces chiffres répondent, au moins en ce qui concerne les asiles privés, à des faits bien connus : la fréquence de la maladie chez les hommes et sa rareté chez les femmes. Dans une répartition des malades de la maison de Charenton, faite en 1871, nous avons trouvé, comme chiffres correspondants : 18,73 p. 100 chez les hommes et 0,74 p. 100 chez les femmes, ce qui accusait un écart encore beaucoup plus marqué. Mais il faudrait opérer sur des nombres très considérables pour arriver à des résultats de quelque certitude.

Puisque nous parlons de l'Italie, nous dirons que la rédaction des *Annales* a reçu de l'un de ses plus anciens collaborateurs, M. le D<sup>r</sup> Desmaisons, des notes fort détaillées datées de Milan, et traitant diverses questions relatives à l'aliénation mentale dans la péninsule. Nous ne pouvons, pour aujourd'hui, emprunter à ces notes qu'un seul fait qui nous a paru particulièrement intéressant, et qui se rattache directement à ce qui précède. Il s'agit de l'antagonisme qui, d'après l'opinion des médecins italiens, existerait entre la paralysie générale et la pellagre, opinion que M. Desmaisons paraît tout disposé à adopter : « La province du nord de l'Italie, dit-il, qui compte le plus grand nom-



bre de cas de paralysie générale, est la Ligurie, la seule qui soit presque épargnée par la pellagre, et *vice versa*, dans les localités dont la population est décimée par les ravages de l'épidémie pellagreuse, la statistique ne relève qu'un chiffre insignifiant de paralytiques généraux. » Mais il est bon d'ajouter, pour faciliter l'interprétation de ce fait, que dans la Ligurie la population est enrichie par l'industrie, tandis que les provinces qu'on lui oppose sont purement agricoles et relativement misérables.

La Société pathologique de Londres s'est récemment occupée (séance du 5 février 1884) de la question du *crétinisme sporadique* et de ses rapports avec le myxœdème. Mais, dans cette circonstance, il s'agit d'un genre de crétinisme absolument différent de ce que nous avons l'habitude de ranger sous cette dénomination, car on lui ajoute l'épithète fœtal, et il se produit exclusivement pendant la vie intra-utérine; tous les sujets dont il a été question étaient des fœtus arrivés à une période de développement plus ou moins voisine de l'accouchement. C'est assez dire que, dans ce genre de crétinisme, l'élément intellectuel n'est absolument pour rien et qu'il s'agit seulement de déformations physiques siégeant principalement sur le squelette. La principale altération consiste dans le peu de longueur des os des membres qui, en même temps, sont élargis; tantôt les épiphyses sont normales, tantôt elles sont épaisses et massives. Les os de la base du crâne participent aux altérations et on y trouve parfois des traces de synostose prématurée. Diverses présentations de pièces ont été faites, dans la séance dont nous parlons, par MM. Bowlby, Barlow et Blaud-Sutton; la discussion a roulé surtout sur les analogies et les dissemblances existant entre ce genre de crétinisme sporadique et le rachitisme; il y a eu un échange d'idées sur ce sujet, et personne n'a présenté de conclusions nettement formulées.

En tout cas nous sommes bien loin de l'opinion, généralement admise, que le crétinisme n'apparaît que plus ou moins longtemps après la naissance, et de la formule qui exprimait cette idée sous cette forme aphoristique : « On ne naît pas crétin, on le devient » (Lunier). Il est évident, d'ailleurs, que, malgré la similitude du nom employé, on ne saurait admettre facilement qu'il s'agisse dans tous ces cas, d'une seule et même affection ; des études ultérieures montreront, sans doute, qu'il y a des distinctions à établir dans ce domaine.

Au point de vue des relations qui paraissent exister entre l'état du corps thyroïde et la production du crétinisme sporadique, tout le monde, dans cette discussion, a paru d'accord pour admettre la vraisemblance de ces relations, mais les faits ont bien peu contribué à en éclairer la nature.

Le premier cas de M. Bowlby est celui d'un enfant né à terme, mais n'ayant vécu qu'une heure ; chez lui, outre les lésions du squelette, on a constaté l'hypertrophie graisseuse de la partie postérieure du cou et l'absence complète du corps thyroïde.

Dans le second cas, celui du D<sup>r</sup> Barlow, le corps thyroïde était normal et on ne trouvait pas de masses graisseuses au niveau du cou.

Dans le troisième fœtus, présenté par le D<sup>r</sup> Bland-Sutton, le tissu cellulaire sous-cutané de toutes les parties du corps présentait une surcharge graisseuse considérable ; le corps thyroïde était hypertrophié et doublé de volume.

Ainsi donc, sur trois cas, on a constaté les plus grandes divergences dans l'état du corps thyroïde : l'absence, l'état normal, et l'hypertrophie. Nous en faisons la remarque, non par esprit de critique, mais pour montrer à quel point cette question est encore obscure et réclame de nouvelles recherches.

La question si controversée, dans ces dernières années,

de l'étiologie de l'ataxie locomotrice a été l'objet d'une discussion intéressante dans la séance du 40 mars 1884 de la Société de psychiatrie de Berlin (*Centralblatt für Nervenheilkunde* 1884, etc. p. 450). La discussion n'a pas été terminée dans cette seule séance, mais les opinions déjà exprimées ne sont, d'une manière générale, favorables ni à l'opinion d'après laquelle le tabes dorsalis serait, presque constamment, une conséquence de la syphilis ni à celle qui ferait jouer, dans sa production, le rôle principal à l'hérédité névropathique.

Oppenheim a réuni quatre-vingt-six cas de tabes, dont cinquante-six hommes et trente femmes. Chez cinquante-un malades il n'a pu trouver, dans les symptômes observés, pas plus que dans les antécédents connus, aucun indice d'infection syphilitique. Chez neuf il y avait eu un chancre mou, plus ou moins longtemps avant le début de l'ataxie; chez onze, un chancre dur sans manifestations secondaires; dans six cas, l'infection syphilitique, quoique niée, est rendue vraisemblable par l'avortement ou la mort prématurée des enfants. Dans neuf cas seulement on a observé des manifestations secondaires, presque toujours légères; dans un de ces cas, les douleurs des membres inférieurs existaient, déjà depuis deux ans, avant l'infection syphilitique.

La statistique de l'auteur n'est pas plus favorable à l'influence étiologique des excès sexuels. Quant à l'hérédité, sur cinquante cas dans lesquels on a pu obtenir des renseignements précis, on n'a pu trouver de traces de prédisposition névropathique, prise dans l'acception la plus large, que dans cinq cas.

Les causes les plus fréquentes paraissent être la fatigue soit seule, soit associée au froid et parfois au froid humide.

Dans un cas, une affection nerveuse, ressemblant essentiellement au tabes dorsalis, se développa à la suite d'un traumatisme, mais l'autopsie ne révéla pas de signes bien clairs de dégénérescence grise de la moelle; dans un autre

cas, les crises gastriques de l'ataxie se montrèrent immédiatement après un empoisonnement par le gaz d'éclairage.

A la suite de cette communication, Bernhardt dit bien avoir rencontré une proportion considérable de syphilitiques parmi les tabétiques soumis à son observation, mais Lewin et Remak se réunissent à Oppenheim pour exprimer une opinion différente. Lewin a cité le cas, très intéressant, d'un homme affecté de syphilis, qui donna des signes d'ataxie locomotrice; il habitait depuis longtemps une chambre dont le papier de tenture contenait de l'arsenic; le papier fut changé et les symptômes ataxiques disparurent.

Enfin, le professeur Westphal déclara qu'à son avis, de toutes les causes invoquées jusqu'ici pour expliquer la production de l'ataxie locomotrice, aucune n'était la véritable, et que celle-ci était encore inconnue. Cette conclusion négative pourrait bien être celle qui ressort le plus nettement des études, pourtant si nombreuses, entreprises sur cette question.

Nous regrettons toujours que les travaux relatifs à la thérapeutique des maladies mentales ne soient pas plus nombreux, et que les tentatives de ce genre, qui se produisent de loin en loin, ne rencontrent pas un plus grand nombre d'imitateurs. Nous signalons donc avec plaisir un mémoire de M. le Dr Girma, médecin-adjoint à l'asile de Pau, publié dans le dernier numéro de l'*Encéphale* et ayant pour titre : Des effets physiologiques et thérapeutiques de l'ergotine dans les troubles congestifs de la paralysie générale. Sans doute, l'idée n'est pas précisément nouvelle, et à défaut de travaux originaux français sur cette question, nous pensons que l'auteur aurait pu trouver des matériaux dans la littérature médicale étrangère; sans doute aussi, les observations citées par lui ne sont ni assez nombreuses, ni assez concluantes, pour bien démontrer l'efficacité du remède

préconisé dans le traitement de la terrible affection qu'il s'agirait de combattre. Mais il y a, au moins, dans ces résultats même partiels et incomplets, des présomptions favorables qui devraient encourager les médecins à ne pas assister, désarmés, à l'évolution d'une maladie, qui, à son début surtout, n'est peut-être pas toujours inaccessible à la thérapeutique, et dont les complications peuvent, souvent, être avantageusement modifiées par un traitement bien dirigé. Nous reproduisons donc textuellement, les conclusions de M. Girma, avec l'espoir qu'il trouvera des imitateurs dans des essais qui paraissent sans danger, et dont on est en droit d'espérer des effets utiles.

Voici comment il résume son mémoire : « L'ergotine, employée avec persévérance, à des doses variant de cinquante centigrammes à six grammes par jour, combat l'hyperhémie cérébrale et divers troubles fonctionnels qui paraissent en être la conséquence directe (excitation, délire violent, embarras de la parole, insomnie);

Administrée à la période initiale de la paralysie générale (période congestive), elle semble prévenir le processus envahissant de la névrogie, et peut avoir pour résultat la guérison complète du malade ;

A une période plus avancée, elle constitue encore un sédatif puissant, peut prévenir les attaques épileptiformes ou apoplectiformes, ou tout au moins en atténuer les effets ;

Elle régularise les fonctions digestives des paralytiques généraux, loin de créer, comme on pourrait le supposer, d'après les effets habituels de l'ergot de seigle, un état de constipation ;

Aux doses thérapeutiques, de deux à quatre grammes, continuées pendant trois ou quatre mois, elle ne paraît pas devoir engendrer les phénomènes graves de l'ergotisme. »

A. F.

---

---

# Pathologie

---

## DES DIFFICULTÉS QUE PRÉSENTE LE DIAGNOSTIC DE LA PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le Dr J. CHRISTIAN  
Médecin de la Maison nationale de Charenton.

(Suite.)

---

### III

*Rémissions et guérisons.* — Telle que nous étions habitués à la considérer jusqu'à ces derniers temps, la paralysie générale nous apparaissait, dans ses traits généraux, comme une affection chronique du cerveau, caractérisée symptomatiquement par la démence, la folie, et certains troubles musculaires; anatomiquement, par une périencéphalite chronique diffuse : pour être tout à fait exact, il faudrait dire une méningo-périencéphalite chronique diffuse.

Dans cette conception de la maladie, il ne pouvait guère être question de guérison; le mal suivait une marche envahissante; la lésion s'étendait de plus en plus; tous les symptômes s'aggravaient progressivement, et la mort était la terminaison fatale, prévue, après un laps de temps variable, mais qui, en moyenne, n'excédait pas trois ans.

En règle générale, les choses se passent ainsi. Il y a cependant des exceptions. Souvent, et surtout à la suite de maladies incidentes ou de suppurations prolongées, les symptômes graves sont enrayés : on observe un répit, une *rémission* de durée plus ou moins longue.

Ce sont là des faits connus depuis longtemps, et sur lesquels M. Baillarger, le premier, a appelé l'attention (1855). Depuis ont paru le travail de Sauze (*Ann. méd.-psych.* 1858), et celui de Doutrebente (*Ibid.* 1878), etc.

On est généralement d'accord sur la signification de ces rémissions, et l'on admet qu'elles sont caractérisées surtout par la disparition du délire. Ce qui persiste, c'est l'affaiblissement intellectuel, la *démence*, seul ou avec quelques troubles de la motilité.

En d'autres termes, les symptômes fonctionnels, ou du moins certains symptômes fonctionnels, disparaissent pour un temps plus ou moins long, mais les lésions organiques subsistent, seulement elles ne progressent plus.

A tout prendre, il ne s'agit là que d'un fait analogue à celui qui se produit dans toutes les affections organiques. Chez un malade atteint de phthisie pulmonaire, dont les poumons sont creusés de cavernes, et dont l'état s'aggrave chaque jour, n'est-il pas fréquent de voir tout d'un coup une amélioration se produire? La fièvre disparaît, l'appétit revient, et, pour un temps, l'état général redevient satisfaisant. Et cependant, chez ce malade, les cavernes ne se sont pas cicatrisées, les lésions organiques n'ont pas disparu; seuls, les symptômes fonctionnels graves se sont amendés : il y a eu *rémission*.

Nous voyons le même fait se produire dans le cancer, les maladies du cœur, et en général dans toutes les affections chroniques quelconques.

Il en est tout autrement quand on parle de *guérison*. Alors il s'agit de malades, qui, ayant pendant un temps plus ou moins long présenté tous les symptômes de la paralysie générale, recouvrent la plénitude de leurs facultés; ils retournent à leurs occupations, à leurs travaux, alors même que ceux-ci exigent une grande contention d'esprit, et ils vivent encore de longues années avec une santé parfaite. Le paralytique, en *rémission*, reste un *infirm*e, frappé

d'une déchéance irrémédiable; il est, — et je crois qu'il faut attacher à ce signe une grande importance, — absolument incapable d'aucun travail qui exige une application suivie et soutenue; une rechute est d'ailleurs imminente.

Au contraire, le paralytique *guéri* est redevenu l'homme qu'il était avant de tomber malade; il a repris ses occupations, il peut s'y appliquer comme auparavant.

On comprend que la possibilité de la guérison de la paralysie générale ait été niée tout d'abord; mais il a fallu s'incliner devant les faits. Il a fallu reconnaître que des malades, ayant présenté tous les symptômes de la paralysie générale, considérés comme paralytiques par les cliniciens les plus exercés, ont recouvré l'intégrité de leurs facultés.

La première observation de ce genre a été, si je ne me trompe, recueillie par Ferrus: le malade guérit à la suite d'une escarre au sacrum. Depuis cette époque, et surtout dans ces derniers temps, les faits se sont multipliés et ils méritent assurément d'être pris en sérieuse considération.

On sait l'histoire de ce professeur, qui, après avoir passé plusieurs années dans une maison de santé, où il était classé comme paralytique, put remonter dans sa chaire, et professer jusqu'au jour, assez récent, où il fut frappé de mort subite.

Obs. XV. — Un négociant, appartenant à une famille dans laquelle il y a eu plusieurs aliénés, doué lui-même d'une intelligence exceptionnelle pour les affaires, et ayant fait rapidement fortune, n'avait jamais présenté aucun trouble de l'intelligence. D'une santé délicate, souffrant de la poitrine depuis de longues années, il était obligé aux plus grands ménagements. Jamais aucun excès alcoolique. Vers l'âge de quarante ans, pendant un voyage à l'étranger, il donne tout d'un coup, dans une grande ville où il s'était arrêté, des signes d'une excitation cérébrale inquiétante. Il s'intitule le comte de \*\*\*, envoie dépêches sur dépêches



aux souverains et à leurs familles, ne veut plus sortir qu'en voiture à huit chevaux, commande *des harnais d'or massif*, etc.; la police dut intervenir et prévenir la famille. Qui, à ce moment, n'aurait soupçonné le début d'une paralysie générale? Cependant, en quelques semaines, tout était rentré dans l'ordre, et, depuis plus de dix ans que cet accident s'est produit, il n'y a plus eu aucune trace de trouble mental : l'intelligence est restée ce qu'elle était avant la crise.

Le fait suivant est encore beaucoup plus caractéristique.

Obs. XVI. — Un marchand de curiosités, qui avait été militaire dans sa jeunesse, entre en juin 1881, à l'âge de cinquante-deux ans. D'après les renseignements obtenus, absence d'hérédité, — jamais d'excès alcooliques, mais excès vénériens; — intelligence vive, éveillée, beaucoup d'esprit naturel. Commerce prospère et lui permettant de vivre dans l'aisance.

Au moment de son entrée, ce malade était dans un état d'agitation maniaque portée au plus haut degré. Cette agitation durait depuis quelques jours et augmentait progressivement. Elle avait été précédée pendant plusieurs mois d'un état maladif assez mal défini de l'appareil digestif. L'agitation et le délire étaient ceux de la paralysie générale: loquacité intarissable, idées de grandeur, de force, de puissance; il avait acheté un immense jardin à Neuilly, et par des procédés nouveaux, il allait y faire pousser des fruits et des fleurs comme personne n'en avait, et qu'il vendrait pour des millions, etc. Insomnie, inégalité pupillaire; amaigrissement extrême, constipation opiniâtre. Cependant, je ne constatai pas d'embarras marqué de la parole, et dans mes certificats de vingt-quatre heures et de quinzaine, je me bornais à mettre : *crainte de paralysie générale*.

Cet état de violente agitation se prolongea pendant plus de quinze jours, et ne commença à se calmer qu'à l'appar-

rition d'eschares au sacrum; ces eschares devinrent rapidement très profondes, et ne guérissent qu'après de longues semaines d'un traitement que l'indocilité du malade rendait très difficile. Mais en même temps que les plaies marchaient vers la cicatrisation, X... se calmait et se nourrissait mieux. Le délire de satisfaction persistait et prit une forme enfantine : le malade se croyait entouré de personnages illustres auxquels il prodiguait les marques de son respect; son voisin était M. de Rothschild, un autre était le maréchal de Mac-Mahon, il me prenait moi-même pour le prince de Joinville, etc. Il se mit à écrire ses mémoires, etc.

L'état physique s'améliora progressivement; au mois d'août, en voulant sauter par-dessus un banc, il fit une chute et se fractura la clavicule; mais cette fracture guérit très facilement.

Au mois d'octobre, l'état général était des plus satisfaisants; les illusions avaient disparu ainsi que le délire des grandeurs. Il ne restait qu'une satisfaction puérile qui se traduisait à propos de tout et semblait indiquer une déchéance irrémédiable de l'intelligence. Point d'embarras de la parole, mais toujours de l'inégalité des pupilles. À cette époque (30 oct. 1884), il quitta Charenton pour être placé à Sainte-Anne dans le service de M. le professeur Ball, qui le considéra, comme il me le dit à plusieurs reprises, comme un paralytique général.

Cependant X... rentra dans sa famille au commencement de 1882, et, depuis cette époque, il a repris son commerce d'antiquités. Sa femme, personne fort intelligente, m'affirmait encore il y a quelques jours, que son mari ne s'était jamais mieux porté, qu'il n'avait jamais eu une conduite plus rangée et plus régulière, *ni une meilleure entente des affaires*. Il avait retrouvé sa clientèle aristocratique, qui lui avait rendu toute sa confiance. X... lui-même est venu me voir au mois de janvier dernier (1884); j'ai été frappé de la netteté de son intelligence; il se rend parfaitement compte

qu'il a été malade; se rappelle les phases par lesquelles il a passé; il n'a oublié aucun détail. Le seul phénomène qui persiste, c'est l'inégalité très marquée des pupilles.

Aux faits qui précèdent, il m'eût été facile d'en ajouter d'autres, car ils ne sont véritablement pas rares.

Un jeune homme est atteint de fièvre typhoïde pendant le siège de Paris. Consécutivement il devient aliéné, mais guérit après un séjour de plusieurs mois dans une maison de santé. Il reprend ses fonctions, et pendant plusieurs années il poursuit brillamment sa carrière, se marie et devient père. En 1883, à la suite de travaux intellectuels excessifs (il préparait un concours), il délire de nouveau, et c'est alors que je pus l'observer. Tout, à cette époque, devait faire craindre une paralysie générale : l'âge du malade (32 ans), la nature du délire, l'excitation maniaque; seuls, les troubles de la motilité n'étaient pas bien accentués. Qu'arriva-t-il cependant? Après quelques mois de traitement, le calme reparut, si bien que X... put reprendre ses fonctions, et il continue à les remplir actuellement.

Un autre exemple m'est fourni par un employé d'une bibliothèque publique, qui, après avoir été toute sa vie un hypochondriaque renforcé, uniquement préoccupé de se médicamenter pour ses maladies imaginaires, fut atteint tout d'un coup, vers l'âge de quarante ans, d'une folie aiguë ayant tous les caractères de la paralysie générale au début. A l'excitation maniaque, au délire ambitieux et incohérent, il se joignait même la puérilité des idées et l'affaiblissement apparent de l'intelligence. Et pourtant, en peu de semaines, tout était rentré dans l'ordre; un séjour à la campagne achevait la guérison, et mon malade retournait à ses occupations.

S'agit-il ici de *guérisons* véritables, ou seulement de *rémissions* plus longues et plus complètes? J'avoue que, pour ma part, j'établis entre les deux ordres de faits une différence complète, radicale. Le paralytique en *rémission* reste,

je le répète, un *dément*, incapable d'aucun effort, d'aucun travail. Tandis que celui qui reprend la vie qu'il menait avant de tomber malade, celui-là est véritablement *guéri*.

On objectera, il est vrai, que beaucoup de ces guérisons sont plus apparentes que réelles, qu'elles ne durent pas, qu'il arrive un moment, plus ou moins éloigné, où le mal reparait et reprend sa marche. Cet argument ne me paraît pas absolument probant. Un individu a un rhume; il guérit. Il est très probable qu'il s'enrhumera de nouveau, tôt ou tard, et d'autant plus facilement que le premier rhume aura duré plus longtemps et aura été plus intense. Mais le deuxième rhume devra-t-il être regardé comme étant la continuation nécessaire du premier?

La *guérison*, telle que je propose, de l'admettre, suppose-t-elle le retour à l'état normal, non seulement de la fonction, mais encore de l'organe? Je ne pense pas que cela soit possible dans la paralysie générale *vraie* (1). Car, chaque fois que nous ouvrons le crâne d'un paralytique, à quelque période que ce soit de la maladie, nous trouvons dans le cerveau et dans les méninges des altérations telles, que l'idée ne peut pas nous venir que ces lésions auraient pu disparaître après avoir existé.

Lors donc qu'un paralytique général guérit, on ne peut faire que l'une des suppositions suivantes :

1° Ou le cerveau reste susceptible de fonctionner comme à l'état normal, malgré l'atteinte profonde et irrémédiable qu'il a subie. Cette hypothèse serait, à la rigueur, acceptable, s'il s'agissait d'une lésion circonscrite bien localisée, laissant à la plus grande partie de l'organe son intégrité (comme il arriverait dans le cas d'un corps étranger enkysté); ici, au contraire, nous sommes en présence d'une

---

(1) Quelques auteurs cependant, et entre autres M. Auguste Voisin, dans son *Traité de la paralysie générale*, admettent la possibilité de la guérison ainsi comprise.

altération diffuse ayant envahi toute la trame du cerveau.

2° Ou l'on admet que les lésions cérébrales passent par une première période de troubles simplement vasculaires ou irritatifs, pendant laquelle elles restent susceptibles de disparaître sans laisser de traces. C'est l'hypothèse que Bayle avait faite il y a plus de cinquante ans, et, comme l'a dit M. Baillarger, on ne peut guère aujourd'hui que reproduire la même explication (p. 93). Elle me paraît cependant soulever de graves objections. Dans la paralysie générale, en effet, il y'a toujours une période prodromique plus ou moins longue, caractérisée principalement par des troubles intellectuels (perte de la mémoire, troubles dans les idées, irritabilité, etc.), qui supposent de toute nécessité que l'organe cérébral est atteint. Ne s'agit-il que de troubles vasculaires? Peut-être, mais rien ne le prouve. — De troubles irritatifs? Soit, employons ce mot pour cacher notre ignorance. — Mais de toute façon, en sera-t-il encore ainsi, une fois la maladie déclarée, quand nous aurons assisté à un véritable accès de manie paralytique?

Le problème néanmoins reste insoluble, si l'on ne veut pas admettre que les symptômes classiques de la paralysie générale puissent se produire sous l'influence de lésions cérébrales purement fonctionnelles, éphémères, curables (vasculaires ou irritatives), lésions qui pourraient être le premier degré des altérations définitives de la péri-encéphalite.

C'est ce qu'avait bien compris M. Baillarger, lorsque, dès 1838, il avait créé les *folies congestives*. Quand un paralytique général guérissait, c'était une *folie congestive*. La maladie au contraire s'aggravait-elle, suivait-elle sa progression accoutumée, c'était la *paralysie générale*. Entre les deux, aucune différence de nature. Mais dans la folie congestive, il n'y avait que des troubles vasculaires; dans la paralysie générale, survenaient les troubles organiques, définitifs.

C'était la première atteinte à la théorie unitaire de la paralysie générale.

#### IV.

Si maintenant, avant d'aller plus loin, nous essayons de récapituler l'histoire de la paralysie générale depuis Bayle, nous verrons que les premiers observateurs en avaient singulièrement élargi le cadre. Chaque fois qu'un aliéné présentait le délire ambitieux; chaque fois que l'on constatait chez lui des troubles quelconques de la motilité, il courait le risque d'être classé parmi les paralytiques généraux. Aussi, comme je le disais en commençant, il n'était pas rare de voir figurer parmi eux des vieillards et des enfants du premier âge.

A mesure que la science a marché, que les observations se sont multipliées, il s'est fait un travail de classement, de sélection.

On a vu qu'un certain nombre de malades réalisent entièrement le type décrit par Bayle. Chez eux l'affection suit la marche classique et se traduit à l'autopsie par les lésions caractéristiques.

D'autres, au contraire, après avoir présenté pendant un temps plus ou moins long tous les symptômes de la paralysie générale, ne sont plus, à un moment donné, que des déments, des maniaques, des persécutés, en tout semblables aux aliénés des diverses catégories.

Chez quelques-uns enfin, tous les symptômes disparaissent et il ne reste nulle trace de délire paralytique, ni même d'un délire quelconque.

Si l'on considère, et avec raison, les premiers comme des paralytiques généraux, en sera-t-il de même des autres?

Et sinon, comment faudra-t-il les classer?

Ce problème, j'ai dit plus haut comment M. Baillarger avait cherché à le résoudre dès 1858, en créant la classe des *folies congestives*.

Lasègue, qui, dans ses premiers travaux, s'était montré le partisan convaincu de l'unité de la paralysie générale, avait changé d'opinion dans les dernières années de sa vie; il fallait, croyait-il, admettre l'existence clinique de plusieurs espèces de paralysie générale, au lieu de n'en reconnaître qu'une seule. (Études médicales du professeur Lasègue, I, p. 843, notes de M. J. Falret.)

Dans le même ordre d'idées, d'autres auteurs avaient successivement créé les *pseudo-paralysies générales*, dont le nombre pouvait aller croissant au fur et à mesure des découvertes nouvelles.

Mais c'est M. Baillarger qui, dans ces derniers temps, a repris cette attachante question, qu'il a traitée à fond dans un mémoire étendu; il y a réuni et coordonné tous les matériaux recueillis dans sa longue et laborieuse carrière. Sa conclusion est, qu'à la théorie *unitaire* de Bayle, il faut substituer une théorie franchement *dualiste*.

Frappé de ce fait, que dans la paralysie générale, le délire est le symptôme le plus mobile, le plus variable, le plus fugace, — considérant que, dans les rémissions, c'est lui qui disparaît le premier et souvent même le seul, — M. Baillarger en déduit tout d'abord « que la paralysie « générale n'a que deux symptômes constants et pathogno-  
« moniques, la *démence* et la *paralysie*. La paralysie gé-  
« nérale est essentiellement une *démence paralytique* (4).

« La démence paralytique, dans un assez grand nombre  
« de cas, parcourt toutes ses périodes sans que le malade  
« ait de conceptions délirantes. Elle a donc une existence  
« indépendante de la folie.

(4) Est-il besoin de répéter ce que j'ai maintes fois essayé de démontrer, qu'il ne s'agit jamais de *paralysie* véritable, que ce terme est absolument impropre, et ne saurait être appliqué aux troubles musculaires de la périencéphalite? Mais il a passé dans l'usage, et ce serait œuvre bien vaine que de chercher actuellement à lui substituer une dénomination plus exacte.

« Il existe une espèce de folie caractérisée par des conceptions délirantes ambitieuses ou hypochondriaques, offrant des caractères spéciaux et auxquelles s'associent le plus souvent des symptômes d'ataxie musculaire.

« Cette espèce de folie a une existence qui lui est propre : on pourrait la désigner sous la dénomination de *folie paralytique* » (p. 444).

Il est certain que la théorie de M. Baillarger résout le problème de la manière la plus satisfaisante, et qu'elle comprend tous les faits que nous venons d'étudier. Mais, tout bien considéré, elle n'est pas aussi exclusive de celle de Bayle, qu'il semble de prime abord.

A coup sûr, Bayle avait exagéré l'importance du délire ; il lui attribuait une valeur pathognomonique qu'il n'a pas en réalité. Mais, ces réserves faites, il faut convenir que Bayle a vu juste, qu'il a décrit une espèce morbide qui existe réellement et que nous observons tous les jours des malades répondant exactement au type qu'il a créé. Ce sont là les véritables paralytiques généraux, c'est la paralysie générale type, la maladie que M. Baillarger appelle la démence paralytique.

Mais n'est-ce pas aller trop loin que de faire abstraction complète du délire ? De ne le considérer que comme un symptôme tout à fait accessoire ?

On ne saurait nier que ce délire n'ait ses caractères propres. Quelle que soit la position sociale du malade, quelle qu'ait été son existence antérieure, quel que soit son degré de culture intellectuelle, — le délire est toujours le même, c'est le *milliard* qui en est la caractéristique monotone. Et quand le délire affecte la forme hypochondriaque, c'est encore la même uniformité, et nul plus que M. Baillarger ne l'a mise en lumière.

Sans doute le délire avec ces caractères n'est pas exclusif à la paralysie générale ; mais, chaque fois cependant qu'il y a périencéphalite, c'est lui qui apparaît. Ne semble-



t-il donc pas qu'entre le symptôme et la lésion anatomique il existe un lien étroit?

La *paralysie générale* de Bayle est bien la *démence paralytique* de M. Baillarger, mais avec le délire en plus.

Quant à la *folie paralytique* qu'il serait peut-être mieux d'appeler *folie paralytiforme*, pour ôter toute équivoque, elle comprendra tous les cas dans lesquels on observe le syndrome de la paralysie générale sans qu'il y ait périencéphalite.

C'est là, en effet, à quoi il faut aboutir. Ou le syndrome paralytique accompagne la périencéphalite, et c'est la *paralysie générale vraie*, la *démence paralytique* de M. Baillarger; ou il existe seul, avec ou sans lésions cérébrales, autres que la périencéphalite, c'est la *folie paralytique* ou *paralytiforme*.

Après tout, ce que je propose de dire de la paralysie générale et du syndrome paralytique, n'est point sans analogue en pathologie.

L'épilepsie, par exemple, l'*épilepsie vraie, classique*, le *haut-mal*, le *morbus sacer*, est une maladie parfaitement caractérisée, qui survient à une époque déterminée de la vie, évolue d'une façon identique, et s'accompagne de symptômes d'apparence semblable chez tous les malades. Quel en est cependant le signe tangible, pathognomonique? C'est l'attaque convulsive, l'accès d'épilepsie. Or ce même accès, cette même attaque, nous les rencontrons dans une foule d'affections diverses, cérébrales ou autres, et aucun médecin ne pourrait dire qu'entre l'attaque *épileptique* et l'attaque *épileptiforme*, il y ait aucune différence appréciable, si minime qu'elle soit. Nous avons donc, à côté de l'épilepsie vraie, les maladies *épileptiformes* très nombreuses, très variées, et souvent difficiles à bien délimiter.

Une autre comparaison m'est fournie par la *fièvre typhoïde*. L'état typhoïde la caractérise si bien qu'elle lui a donné son nom. Quelle est cependant l'affection, depuis la

plus légère jusqu'à la plus grave, qui ne puisse se compliquer de ce redoutable syndrome? Il n'y a fièvre *typhoïde* véritable que lorsque, au syndrome *état typhoïde* se joint la lésion *entérite folliculeuse*. De même, pour qu'il y ait paralysie générale, il faut le *syndrome paralytique* avec la *périencéphalite*.

(A suivre.)

---

---

# Archives cliniques

---

94

ASILE DE SAINT-PONS. — M. PLANAT

## **Observation d'épilepsie transmise de l'animal à l'homme**

Il y a une quinzaine d'années, je fus consulté par un forgeron de 57 ans, fort et bien constitué, à propos de crises convulsives survenues chez lui, depuis quelques mois.

Comme il me faisait l'exposé de son état, il fut soudainement pris, dans mon cabinet même, d'une attaque de haut mal des mieux caractérisées.

Sa femme, qui l'avait accompagné, m'assura qu'il n'existait, dans sa famille, aucun vestige d'épilepsie, pas plus chez les ascendants directs que parmi les collatéraux; que son mari était sobre et rangé et qu'il n'avait jamais éprouvé ni chagrins, ni frayeur, ni colère, de nature à expliquer la tardive genèse de sa maladie; que du reste, n'ayant pas d'enfants, leur existence avait été jusque-là fort aisée et des plus tranquilles.

Comme j'attache aux notions de l'ordre étiologique la plus haute importance, je crus devoir continuer mon interrogatoire dans ce sens; or, voici ce qu'il me fit découvrir.

Depuis quelque temps ces gens-là avaient chez eux un chat sujet à de fréquentes attaques d'épilepsie. Cet animal mordit un jour son maître qui n'y fit aucune attention. Admis dans l'intimité de ces paysans, il avait carte blanche pour manger à même des plats aux heures des repas, et cela malgré le mal repoussant dont il était atteint. Après une période qu'il m'a été impossible de bien faire

déterminer, le mari fut tout d'un coup pris d'accès, en tout semblables à ceux manifestés par le chat. Comme on avait cette bête en affection et que, d'ailleurs, il n'était pas absolument démontré qu'il fût pour quelque chose dans les accidents éprouvés par le maître, on ne songea pas un seul instant à le détruire. L'idée ne me vint pas, non plus, de le conseiller, n'ayant alors à ma connaissance aucun fait prouvant la transmissibilité de l'épilepsie à l'homme dans de pareilles conditions. Je m'empressai néanmoins d'enregistrer celui-ci, et après avoir rassuré le malade de mon mieux, je lui prescrivis un traitement. Le suivit-il? je ne saurais l'affirmer ne l'ayant plus revu. Tout ce que j'appris peu après, c'est que les crises non seulement persistaient, mais encore se montraient plus fréquentes; de plus, que la femme elle-même venait d'être prise d'accès d'épilepsie aussi intenses et multipliés que ceux de son mari.

Dans le principe, les voisins avaient prêté aide et assistance à ce malheureux; mais le bruit ayant couru qu'un sort lui avait été jeté, le vide se fit peu à peu autour de cette maison où les trois malheureux êtres qui la peuplaient étaient à chaque instant en proie à des convulsions épouvantables. Enfin, la mort vint heureusement bientôt mettre un terme à cette situation déchirante.

De cette observation, est-il permis de considérer que l'épilepsie a été transmise à l'homme par la salive d'un chat, qu'elle ait été absorbée par la muqueuse digestive ou hypodermiquement par suite de la morsure? Si cette transmissibilité est admise par la science, il y a lieu de supposer que le cas présent y trouvera droit de cité. Il serait en effet difficile, croyons-nous, de ne point voir une relation manifeste de cause à effet entre la morsure du chat épileptique et la survenance des attaques du haut mal chez son maître.

Quant à la femme, bien que ma note ne mentionne pas

qu'elle ait été mordue, on peut très bien considérer l'absorption de la salive du chat avec les aliments comme ayant pu donner lieu aux mêmes conséquences. Du reste, les curieuses observations du Dr Gélinau (*Trib. méd.* 1<sup>re</sup> et 27 juin 1880), ainsi que celles de M. de la Plague relatives à la transmissibilité de l'épilepsie à l'homme par les animaux domestiques, ne visent rien autre que les humeurs de ces derniers, mises en contact du tube digestif de celui-ci. Je ne sache pas qu'il ait été question, jusqu'ici, d'inoculation de l'épilepsie par morsure.

Peut-être pourrait-on supposer *l'impression* comme cause des crises; mais elle est difficilement admissible vis-à-vis de deux personnes âgées, d'autant plus que les contorsions d'un chat n'ont en elles-mêmes rien de si dramatique que le système nerveux doive en être nécessairement bouleversé.

Quoi qu'il en soit, je livre le fait pour ce qu'il vaut, regrettant seulement de n'avoir pu, par suite de mon éloignement, en suivre pas à pas toutes les péripéties et baser sur des preuves plus concluantes cette intéressante question de la transmissibilité des névroses par les liquides de l'organisme.

---

## 95

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE. — M. BAILLARGER.

### Délire aigu.

**Éruption de furoncles au vingtième jour. — Guérison.**

V... est âgée de vingt ans, appartient à une famille qui ne compte pas d'aliénés parmi ses membres.

Elle a jusqu'à présent été mal réglée et c'est à la fin de mars que la menstruation a eu lieu pour la dernière fois.

Le 24 avril, elle a été prise tout à coup, et sans cause appréciable de délire et d'agitation. On remarque une grande

prédominance d'idées religieuses « elle est sainte, veut convertir tout le monde et monter au ciel ». Le 25, l'agitation était beaucoup plus forte. V... se déshabille et se sauve toute nue. Le soir même, on l'amena à la Salpêtrière.

Elle offrait, à son entrée, les symptômes suivants :

Incohérence extrême dans les idées, agitation très vive qui oblige de maintenir la malade avec la camisole de force. Parfois, immobilité et état comme extatique. Prédominance d'idées religieuses. On a beaucoup de peine à fixer l'attention de la malade et à obtenir quelques réponses très brèves. Insomnie complète ; le pouls est à 70, la peau n'est pas chaude, les lèvres sont sèches, la langue couverte d'un enduit jaunâtre.

Les jours suivants, persistance des mêmes symptômes ; mais dès le septième jour, la langue était devenue sèche les dents fuligineuses. La voix était comme voilée ; insomnie complète, malgré 40 puis 45 centigrammes d'extrait gommeux d'opium. A ces symptômes se joit bientôt l'expectoration de crachats abondants, épais, non âcres et comme purulents.

Ce n'est que le dixième jour qu'on commença à obtenir un peu de sommeil ; la dose d'extrait gommeux d'opium avait été portée à 20 centigrammes.

Les yeux sont brillants, l'agitation extrême, la soif assez vive ; la malade ne consentait à prendre que du lait et de l'orge miellée. Cependant le pouls ne s'élevait pas au-dessus de 84 pulsations. Constipation qui persiste malgré l'emploi de plusieurs purgatifs.

Le onzième jour, l'état semble s'aggraver encore et on observe des mouvements comme *choréiques dans tout le côté droit du corps*. La malade refuse de boire, elle ne prend plus ni potion, ni tisane, ni lait ; l'opium est administré en lavements (80 gouttes de laudanum en quatre doses), on donne en même temps quelques bains, mais de deux heures seulement.

Le quatorzième jour, l'état devient plus grave encore ; non seulement la langue est toujours sèche et brune et les dents fuligineuses, mais la figure s'altère, les yeux sont caves et entourés d'un cercle noirâtre. Amaigrissement.

Le quinzième jour, on fait prendre à la malade un grain d'émétique et un gramme d'ipécacuanha, elle vomit des matières bilieuses ; dès ce moment il y eut un peu d'amélioration. On obtient quelques réponses justes, la langue est moins sèche, l'expectoration diminue.

Le dix-neuvième jour, selles abondantes ; l'amélioration a continué mais avec des alternatives de calme et d'agitation ; une éruption de furoncles se fait sur les jambes, le dos et le col.

Peu à peu l'agitation comme convulsive des bras, la sécheresse de la langue, l'altération des traits, l'expectoration, l'insomnie disparaissent. V... prend quelques aliments. Elle se lève et commence à se promener. Cependant il y a toujours un peu d'agitation ; plaintes sans motif, injures envers les personnes qui l'entourent, parfois sorte d'hébétude.

(Préparations de quinquina, bains quotidiens d'une heure.)

Bien que tout danger ait disparu, le calme cependant ne renaît que lentement ; le cinquante-septième jour, on était encore parfois obligé de recourir à la camisole de force pour prévenir les désordres auxquels V... se livrait.

Ce n'est que le soixante-cinquième jour, après plus de deux mois, que le calme devint complet. La jeune malade reprend de la gaieté et de l'embonpoint, et quand elle sortit après six semaines de convalescence, sa santé physique était excellente ; cependant les règles n'avaient pas reparu. Cette observation est incomplète, mais malgré les lacunes qu'elle présente, elle me semble offrir quelque intérêt.

Si on résume les principaux symptômes, agitation extrême — impossibilité de fixer l'attention — insomnie com-

plète, refus d'aliments, puis des boissons; sécheresse et teinte brune de la langue, expectoration de crachats abondants comme purulents, altération profonde des traits et amaigrissement rapide, on ne peut douter que la manie n'ait passé ici au délire aigu; ce qui, à mon avis, ne laisse aucun doute, ce sont les mouvements choréiformes observés dans les membres du côté droit.

Il importe de faire remarquer que l'amélioration n'a commencé qu'après le vomissement de matières bilieuses.

Les jours suivants, des garde-robes abondantes se produisent et on voit apparaître une éruption de furoncles qui peut être considérée ici comme une crise.

On doit aussi noter la persistance de l'état maniaque après la cessation du délire aigu. Ce n'est, en effet, que le soixante-cinquième jour que le calme fut rétabli. V... était simplement maniaque au début; elle est redevenue simplement maniaque à la fin. La maladie, selon l'expression de M. Foville, est rentrée dans son *cadre antérieur* après avoir traversé le délire aigu.

Ne peut-on trouver dans les cas de ce genre un très bon argument pour soutenir que le délire aigu n'est que la manie suraigüe, et qu'au fond il n'y a ici qu'une différence de degré et non une différence de nature.

M. Calmeil a fait remarquer que, quand le délire aigu ne se termine pas par la mort, il peut être suivi de paralysie générale ou de folie simple chronique. M. Foville admet aussi ces deux modes de terminaison; mais je suis convaincu que l'un ou l'autre peut le plus souvent être prédit à l'avance.

Si la maladie se termine par la paralysie générale, c'est qu'elle rentre ainsi dans son *cadre antérieur*.

Il y a donc deux sortes de délire aigu et non un seul. Il faut distinguer un délire aigu *vésanique* et un délire aigu *paralytique*.

En faisant cette distinction on explique, je crois, des



faits qui sans cela semblent assez difficiles à concilier.

Parmi les symptômes du délire aigu, M. Ball, par exemple, note l'embarras de la parole comme s'observant assez souvent, et plus loin, en parlant de l'anatomie pathologique, il note dans certains cas les adhérences de la pie-mère, puis il ajoute : « L'on s'est demandé si les faits de ce genre n'appartiennent pas à des paralysies générales mécon-  
nues (1). »

Je n'ai, quant à moi, aucun doute à cet égard ; si les malades avaient survécu, ils seraient devenus paralytiques et la maladie serait rentrée dans son *cadre antérieur*.

MM. Ball et Chambard ont distingué, au point de vue des lésions, dans le délire aigu, trois sortes de cas :

1° Ceux où on ne découvre aucune lésion ; 2° ceux où il n'existe que de l'hyperémie ; 3° ceux enfin où on constate « des traces de méningo-encéphalite qui, disent-ils, ajoutent un lien au lien clinique qui unit certaines formes du délire aigu et certaines formes de paralysie générale. »

Rien n'est mieux fondé que la distinction de ces trois ordres de faits.

On ne trouve que de l'hyperémie dans le délire aigu vésanique, et je crois que tel eût été le cas si la jeune malade dont j'ai rapporté l'observation avait succombé.

Elle a été atteinte de délire aigu vésanique.

Dans le prochain numéro, je rapporterai par opposition un cas de *délire aigu paralytique*, c'est-à-dire un de ceux qui peuvent laisser après eux les lésions de la méningo-encéphalite.

---

(1) Ball, *Leçon sur les maladies mentales*, p. 316.

---

# Législation

---

## DE LA SÉQUESTRATION DES ALIÉNÉS DANS LEURS FAMILLES

Par le Dr V. PARANT  
Médecin de la Maison de santé de Toulouse.

---

Au moment où l'on recherche les modifications à apporter à la loi du 30 juin 1838, sur le régime général des aliénés, il nous paraît à propos de faire connaître l'histoire de deux aliénés séquestrés à domicile par leur famille ; le fait s'est produit à Toulouse ; il a beaucoup occupé la presse locale, et il a été l'objet d'une expertise médico-légale à laquelle nous avons pris part.

La question est d'ailleurs toute d'actualité. En effet, une des innovations proposées par le projet de revision de la loi de 1838 est relative à la séquestration des aliénés en dehors des asiles spéciaux. Nous estimons que sur ce point le projet du gouvernement, loin de dépasser le but à atteindre, est plutôt resté en deçà. C'est ce que nous nous efforcerons de montrer après avoir relaté les faits que nous avons observés.

Nous rechercherons ensuite ce qu'il conviendrait d'introduire dans notre législation sur le sujet qui nous occupe. Nous mettrons à profit dans cette recherche les renseigne-

ments contenus dans « l'Etude comparative sur les législations étrangères en ce qui concerne les aliénés traités à domicile, » étude qui a été lue par M. le D<sup>r</sup> Foville à l'Académie de médecine, dans la séance du 44 décembre 1883, et qui est devenue l'occasion de la discussion soulevée devant la Société médico-psychologique par M. J. Falret.

Au mois de juillet 1883, la population toulousaine fut fortement émue par des révélations inattendues. Les époux X... avaient été dénoncés à la justice comme exerçant à l'égard de leur neveu et de son père une séquestration arbitraire, aggravée par de nombreux sévices, et entourée, disait-on, de circonstances mystérieuses. Les deux victimes étaient soustraites à toute visite, même celle des membres de leur famille; elles croupissaient dans un état de saleté repoussante; elles étaient mal nourries; on les frappait; elles étaient en somme traitées avec une inhumanité odieuse.

Les articles nombreux écrits à ce sujet renfermaient beaucoup d'exagérations et d'erreurs. L'opinion publique, entraînée trop loin, s'attacha aux choses hypothétiques pour négliger celles qui étaient réelles; aussi l'œuvre de la justice en fut-elle certainement rendue plus difficile.

Au cours des poursuites intentées contre les époux X... nous fûmes chargé, avec nos confrères M. le D<sup>r</sup> Noguès et M. le D<sup>r</sup> Guilhem, d'examiner les séquestrés. On nous demandait, non seulement de constater leur état mental, mais aussi de rechercher et de dire si la séquestration dont ils avaient été l'objet n'avait pas été de nature à aggraver leur état de maladie.

Nous rédigeâmes, en conséquence, un long rapport dont nous ne donnerons ici que les extraits qui concernent la séquestration à domicile, et les conditions nuisibles ou mauvaises dans lesquelles elle a été pratiquée.

Le plus jeune des deux séquestrés était un individu atteint d'imbécillité héréditaire. Sa mère est depuis plus

de vingt ans enfermée comme aliénée à l'asile public de la Haute-Garonne. Lui-même a les facultés mentales oblitérées depuis longtemps, et à plusieurs reprises il a eu des accès d'agitation maniaque accompagnés d'un grand désordre dans les actes. Il ne pouvait donc pas être laissé libre ni abandonné à lui-même; il fallait le renfermer.

Son père, qui a été séquestré comme lui à domicile, n'a perdu l'usage de la raison que depuis deux ans environ. Il a été atteint d'un ramollissement cérébral, qui a produit d'abord de l'aphasie, puis de la démence. Pour lui la séquestration n'était pas absolument nécessaire; mais comme il était devenu tapageur et fort exigeant, ses parents finirent par le séquestrer comme son fils, avec cette différence que la séquestration pratiquée à l'égard de ce dernier fut beaucoup plus continue, beaucoup plus rigoureuse.

La maison où ces deux malades ont été renfermés est située dans un faubourg de Toulouse. Elle appartient aux époux X... qui y vivaient et qui l'avaient évidemment disposée de manière à soustraire les séquestrés à toute surveillance de voisinage. Les fenêtres donnant sur la rue n'étaient jamais ouvertes en entier. L'accès dans la maison n'avait lieu que par une porte de jardin soigneusement fermée à l'aide d'un gros verrou et munie d'un guichet permettant de reconnaître les visiteurs. Enfin les murs de clôture du jardin ont été surélevés jusqu'à la hauteur de quatre mètres.

Dans le principe, les deux séquestrés eurent chacun une très grande chambre située au premier étage.

Voici les dispositions principales de la pièce occupée par le jeune homme :

Tournée vers le sud, elle avait deux fenêtres de dimensions ordinaires avec persiennes, garnies intérieurement de bandes de fer pour en empêcher la détérioration. Les vitres inférieures des croisées sont remplacées par des

panneaux de bois. Les vitres supérieures sont garnies intérieurement de grillages; à l'une des croisées elles sont mobiles sur un châssis qui permet l'aération.

La chambre a pour dimensions : largeur 4 mètres; profondeur 4 m. 50; hauteur 3 mètres; ce qui lui donne un cube de 54 mètres, capacité plus que suffisante pour une seule personne.

Le sol est carrelé en briques.

Il n'y a aucun moyen de chauffage.

Le jeune homme est resté pendant plusieurs mois confiné dans cette chambre, où on ne lui donnait presque ni air, ni lumière, et d'où il ne sortait jamais. On ne prit aucun soin de sa personne pendant une période de surexcitation qui dura environ trois mois; on n'osait pas pénétrer près de lui. On lui passait alors sa nourriture à travers un guichet.

Plus tard on fit à cette chambre une annexe qu'il est intéressant de décrire.

Cette annexe est une véritable cage, contiguë à la chambre. Deux des côtés de cette cage sont les murs de l'habitation. Les deux autres côtés sont fermés par une grille en forts barreaux de fer forgé, très rapprochés les uns des autres, solidement scellés et montant jusqu'au toit qui est en zinc. Les dimensions de la cage sont de 4 mètres carrés, sur 2 m. 75 de hauteur. Ce fut là que désormais le jeune homme put se promener et prendre l'air.

A peu près à l'époque où cette cage fut construite, on enferma aussi, à côté du fils, le père qui, étant devenu complètement gâteux, constituait une gêne considérable pour les autres personnes.

La pièce primitive fut divisée en quatre compartiments, deux chambres et deux vestibules. Le fils fut réduit à une chambrette d'une capacité de 13 mètres cubes environ, sans fenêtre. L'air ne pouvait s'y renouveler que par des trous

de 15 centimètres de diamètre placés dans le haut d'une cloison et donnant sur la chambre du père. Celle-ci avait une capacité d'environ 20 mètres cubes. Son unique fenêtre avait des persiennes presque toujours fermées.

La séparation entre les chambres consistait en une mince cloison de planches, de sorte que tous les bruits s'entendaient inévitablement de l'une à l'autre.

Enfin, dans cette disposition nouvelle, il n'y avait, pas plus que précédemment, de moyens de chauffage, et le sol restait toujours carrelé en briques.

Nous n'avons pas besoin d'insister beaucoup pour montrer ce que cette installation présentait de mauvais, de nuisible.

Pour qu'elle fût à la rigueur tolérable, il aurait fallu qu'on y donnât de l'air, de la lumière, ce qu'on ne faisait pas. Il aurait fallu que le jeune homme pût aller prendre de l'exercice dans une cour ou un jardin; il restait au contraire complètement livré à lui-même dans son taudis, sans qu'on fît la moindre tentative pour l'occuper ou le distraire.

La terrasse grillée ne remédiait qu'imparfaitement à cette situation; le malade y était dans les conditions d'une bête fauve. La vue était bornée d'un côté par le mur très rapproché d'une maison voisine (3 mètres d'intervalle), et de l'autre côté par les murs très élevés d'un jardin peu étendu.

Les conditions hygiéniques ainsi faites au père et au fils étaient tout à fait condamnables. On réclame généralement un cube d'au moins 14 mètres par lit pour la nuit seulement, à condition que l'air puisse se renouveler facilement. Dans les hospices et les asiles d'aliénés, on exige au moins 30 mètres cubes d'air dans les chambres isolées à l'usage des gâteux. L'un des séquestrés dont nous parlons n'avait que 13 mètres d'air et l'autre 20 mètres environ; en outre

l'aération de leurs chambres eut été fort difficile alors même qu'elle eût été pratiquée régulièrement.

Lors des premières constatations faites par l'autorité judiciaire, l'habitation des deux malades était infectée par une odeur nauséabonde; il y avait à terre des traces de matières fécales et d'urine récemment balayées; les murs étaient souillés de matières fécales.

Dans nos visites nous avons constaté la même saleté, la même odeur infecte, malgré les soins de propreté qui avaient été pris depuis plusieurs jours.

Nous avons trouvé le jeune homme vêtu d'une chemise très longue qui était son seul vêtement, il avait le corps très malpropre; les cheveux étaient longs et en désordre; les ongles des mains, n'ayant pas été coupés depuis longtemps, mesuraient de quatre à cinq centimètres de longueur; ils étaient recourbés vers la paume de la main de façon à empêcher le poing de se fermer.

En somme les conditions dans lesquelles ont été trouvés les deux individus constituaient évidemment une réclusion, une séquestration véritable, pratiquée d'une manière dangereuse, et contraire à toutes les règles auxquelles les progrès de l'hygiène, l'application des données de la médecine mentale et l'observation des lois de l'humanité soumettent actuellement le régime des aliénés. Comparativement à une séquestration de ce genre, le séjour dans un asile d'aliénés eût été éminemment salulaire.

Tels sont les faits réels, certains, dont les auteurs de la séquestration avaient à rendre compte à la justice. On les avait, en outre, accusés d'avoir exercé des sévices sur les séquestrés; mais l'instruction n'est pas parvenue à établir ce fait d'une manière formelle.

Il y eut ordonnance de renvoi des époux X... devant la chambre des mises en accusation. Celle-ci décida qu'il n'y avait pas lieu de poursuivre.

Nous aurions voulu pouvoir faire connaître, en entier, les

motifs qui ont dicté cette détermination. Nous n'avons pu nous procurer le texte des considérants de l'ordonnance de non-lieu. Ce que nous savons, c'est qu'on a tenu compte de ce que l'intention criminelle n'était pas formellement démontrée. Le sieur X... affirmait du reste que s'il avait ainsi détenu son beau-frère et son neveu, c'était afin de pouvoir les mieux soigner et de les empêcher de nuire.

Ce qui est principalement digne d'attention, c'est qu'une séquestration véritable a pu se produire; qu'elle a été exercée dans des conditions nuisibles pour ceux qui en étaient victimes, et que, dans l'état actuel de la législation, les auteurs de cette séquestration ont pu n'encourir aucune pénalité.

Est-il convenable, est-il juste que des faits de ce genre puissent impunément se renouveler? Est-il admissible que des familles puissent séquestrer leurs proches parents atteints d'aliénation mentale, et que, en dehors d'une intention criminelle bien déterminée, la séquestration puisse échapper soit à la surveillance, soit à la répression?

Evidemment cela est actuellement possible. D'une part, la loi du 30 juin 1838 n'a rien prévu sur ce sujet. Elle ne s'occupe que des placements dans les asiles publics ou privés.

D'autre part, la séquestration d'un aliéné dans sa famille ne rentre pas directement dans les cas auxquels s'applique l'article 341 du code pénal. Cet article est ainsi conçu : « Seront punis de la peine des travaux forcés à temps, ceux qui, sans ordre des autorités constituées, et hors le cas où la loi ordonne de saisir les prévenus, auront arrêté, détenu ou séquestré des personnes quelconques. »

Il semble que ce terme de « *quelconques* » n'implique pas d'exception. Et cependant on en admet une à l'égard des aliénés.

Les commentateurs les plus autorisés du code pénal ont eu soin de démontrer qu'il en devait être ainsi. Ils se sont



appuyés, pour cela, sur le paragraphe 7 de l'article 475 du code pénal, qui dit : « Ceux qui auraient laissé divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde... seront punis d'amende. » On doit conclure de là, disent MM. Chauveau et Faustin Hélie, que les parents, gardiens naturels de ces personnes, ont le droit de les détenir (1).

M. A. Blanche exprime la même opinion (2).

En d'autres termes, la loi accorde aux familles le droit de séquestrer chez elles ceux de leurs membres qui sont atteints d'aliénation mentale. Il n'est fait à ce droit aucune restriction. On ne distingue pas entre les aliénés agités ou tranquilles, capables ou incapables de nuire à eux-mêmes et à autrui.

Cependant ces distinctions ont de l'importance au point de vue de la conduite à tenir ; car on ne peut agir avec un malade agité, comme on le fait avec un aliéné tranquille ; on ne peut avoir, à l'égard de celui qui paraît inoffensif, la même défiance qu'à l'égard de celui qui est manifestement nuisible.

Si donc, il y a eu quelquefois des poursuites exercées, des condamnations prononcées contre des gens qui avaient séquestré père ou mère, frère, sœur ou époux, ce ne pouvait être qu'en raison des intentions criminelles, ou des sévices bien constatés qui avaient accompagné ces séquestrations. C'est aux cas de ce genre que peuvent évidemment s'appliquer les paroles suivantes de MM. Chauveau et Hélie à la fin du paragraphe cité plus haut : « Si cette détention..... prenait un caractère de cruauté et de persécution, elle pourrait devenir passible des peines légales. »

Mais sans aller jusqu'à la cruauté, ceux qui pratiquent

---

(1) *Théorie du Code pénal*, par A. Chauveau et Hélie, t. IV, p. 400, Paris, 1872.

(2) *Études sur le Code pénal*, par A. Blanche, t. V, p. 274. Paris, 1870.

la séquestration peuvent, comme l'ont fait les époux X..., traiter leurs malades d'une manière nuisible et dangereuse.

Or, les cas analogues ne sont pas des plus rares; aussi n'est-ce pas d'aujourd'hui que des réformes ont été demandées sur ce sujet?

Dans un mémoire lu en 1870 par M. Lunier, à l'Académie de médecine, sur *l'isolement des aliénés*, nous trouvons les lignes suivantes : « Ce n'est point dans les maisons de santé autorisées que les séquestrations illégales sont à craindre, mais bien plutôt dans la famille même, ou dans ces maisons que je ne saurais trop comment désigner, où l'on garde quelquefois pendant des mois et malgré eux des malades dont personne n'est admis à visiter l'état mental. Les détracteurs de la loi de 1838 se sont donc trompés d'adresse; au lieu de réclamer l'abrogation ou le remaniement des articles concernant les placements volontaires dans les asiles publics ou privés, ils auraient mieux fait de se joindre à nous pour demander que nul ne puisse être détenu comme aliéné dans son domicile, chez ses parents ou des étrangers, sans que l'autorité en soit immédiatement avisée (1). »

M. le Dr Baume, médecin-directeur de l'asile de Quimper, ayant été appelé à examiner l'état mental d'un individu séquestré par ses parents, a publié le rapport qu'il fit à cette occasion et y ajoute ces paroles : « Le législateur devrait étendre aux aliénés séquestrés à domicile, la protection et le contrôle qu'il a édictés en faveur des aliénés séquestrés officiellement (2). »

Dans des circonstances récentes, les mêmes réclamations ont été formulées, non seulement par des médecins comme

---

(1) *Annales médico-psychologiques*, année 1871.

(2) *Ibidem*, année 1874. — L'auteur de la séquestration fut condamné à dix ans de réclusion.

MM. Blanche, Lunier, Motet, Voisin (1), Dagonet (2), mais aussi par des administrateurs comme M. de Crisenoy (3), ou des magistrats comme M. Charles Desmazes (4). Ce dernier porte même fort loin la sévérité d'appréciation à cet égard, et dit que la séquestration de l'aliéné dans la famille est la plus dure, la plus cruelle, la plus dangereuse de toutes, parce qu'elle est dénuée de tout contrôle (5).

Si les médecins sont unanimes à trouver que l'organisation actuelle est défectueuse, il n'en est pas de même des magistrats. Dans un ouvrage récemment publié, M. Léon Dayras, président de chambre à la cour d'appel de Besançon, exprime l'opinion que rien n'est à changer à la situation présente. Il trouve que le bras de la justice est suffisamment armé par l'article 344 du code pénal. « Je ne crois pas, dit-il, que l'on puisse rien exiger au delà (6) ».

Cette opinion est d'autant plus étonnante que dans les pages précédentes l'auteur venait d'exposer d'une manière saisissante et complète les inconvénients graves que présente la séquestration des aliénés au domicile de leurs parents.

Assurément les faits ne justifient pas l'opinion soutenue par M. Dayras; celui que nous avons rapporté, ceux dont nous aurons à parler encore sont absolument significatifs dans le sens contraire, et prouvent la nécessité de soumettre l'internement, la séquestration des aliénés dans leurs familles, à des formalités, à des mesures de surveillance

---

(1) Blanche, Motet, Lunier, Voisin, *Discours à la Société de législation comparée*, séances de décembre 1871 et janvier 1872.

(2) H. Dagonet, *Des réformes à introduire dans la loi de 1838*. Delahaye; Paris, 1882.

(3) E. de Crisenoy, *La loi concernant les aliénés*. Berger-Levrault, Paris, 1882.

(4) Ch. Desmazes, conseiller à la Cour d'appel de Paris, *Les aliénés*, étude sur la loi de 1838. Delahaye, Paris, 1873.

(5) *Ibidem*, page 43 (note).

(6) L. Dayras, *Les aliénés*. Dentu, Paris, 1883.

qui écartent les abus, et empêchent les mauvais traitements.

Du reste, en dehors de l'évidence des faits, comment admettre en théorie que cette séquestration ne soit pas, par la force des choses, exposée à devenir abusive ou nuisible, quand on voit que le simple traitement à domicile, même dans les conditions en apparence les meilleures, se heurte aux plus graves difficultés et peut conduire aux résultats les plus déplorables ? Les paroles suivantes de M. Luys sont d'une application constante : « Dans certaines circonstances, dit-il, des familles riches essayent d'installer, dans des demeures appropriées, l'isolement du malade, et de créer ainsi une sorte d'asile indépendant. Mais il ne faut pas s'illusionner ; ces installations dispendieuses ne sont souvent qu'un trompe-l'œil, car il leur manque toujours, au point de vue des soins, de la surveillance et de l'attention des personnes employées, l'esprit d'ordre et de hiérarchie qui se retrouve fatalement dans les asiles. Quoi qu'on fasse, les malades sont toujours surveillés avec mollesse, et abandonnés le plus souvent aux soins de serviteurs irresponsables (1). »

Voici à ce propos un fait dont nous avons eu directement connaissance. Une très riche famille de Paris eut un de ses membres frappé de paralysie générale progressive. Plutôt que de le placer dans une maison de santé, on résolut de l'installer à la campagne, dans une maison qu'il possédait en Seine-et-Oise. On lui donna plusieurs domestiques, et le médecin chargé du traitement fut prié de faire des visites très fréquentes. Tout parut d'abord aller très-bien. Chaque fois que le médecin venait, il trouvait les domestiques à leur poste. Les visites des diverses personnes de la famille amenaient à des constatations du même genre.

---

(1) Luys, *Traité des maladies mentales*, page 356. Delahaye, Paris, 1883.

Mais bientôt cette surveillance devint moins active. Les gardiens, livrés à eux-mêmes, ne tardèrent pas à abuser de la confiance qu'on leur témoignait, et l'on finit par découvrir que pour obliger le malade à se tenir tranquille, ils le rouaient de coups ; ou bien ils le gorgeaient de vin, et pendant qu'il dormait d'un sommeil dû à l'ivresse, ils l'enfermaient, le laissaient seul, et s'en allaient jouer et boire au cabaret voisin. On n'hésita plus dès lors à conduire le malade dans une maison de santé.

La conclusion à tirer des faits de ce genre est évidente. Du moment qu'on reconnaît aux familles le droit de soigner et de détenir chez elles leurs aliénés ; que même on prétend leur faire un devoir de suivre cette ligne de conduite, on doit aussi prendre les moyens d'empêcher les abus.

La loi de 1838 n'ayant rien prévu à ce sujet, les auteurs du nouveau projet de loi se sont efforcés de combler la lacune. Mais ils n'ont proposé qu'une mesure incomplète.

L'article 3 de ce nouveau projet est ainsi conçu : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés, toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, ou l'un des collatéraux jusqu'au quatrième degré inclusivement du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. »

L'exposé des motifs justifie ainsi cet article de loi : « Jusqu'ici la protection de la loi était réservée aux aliénés placés dans les asiles publics ou privés. Les aliénés traités à domicile étaient privés des garanties que présentent le contrôle et la surveillance exercés par l'autorité publique. La disposition nouvelle de l'article 3 a pour but de combler cette lacune, en étendant le droit et le devoir de surveillance de l'administration à toute maison où un aliéné est traité, même seul, et en permettant par là aux fonctionnaires désignés par la loi de pénétrer jusqu'à lui, et de s'as-

surer qu'il n'est pas victime d'une séquestration arbitraire ou de mauvais traitements.

« D'ailleurs, et pour éviter toute rigueur excessive dans l'application de cette idée, nous avons laissé en dehors des termes de la nouvelle disposition de l'article 3, le cas où l'aliéné est soigné dans la maison même et sous la surveillance de son tuteur, de son conjoint ou d'un de ses proches parents. Dans ce cas, en effet, la présence auprès de lui de personnes qui lui sont attachées par des liens étroits peut paraître une garantie suffisante contre tout danger qui menacerait sa liberté ou sa santé (1). »

Nous voudrions pouvoir partager la confiance exprimée, par ces paroles, à l'égard des familles qui séquestreront leurs aliénés. Sans doute les sentiments qu'on leur prête sont conformes aux lois de la nature. Mais l'expérience apprend qu'ils ne sont pas toujours écoutés; les faits montrent que, dans la majeure partie des cas dont la justice a eu à s'occuper, la séquestration était pratiquée par de très proches parents.

Dans celle que nous avons racontée en détail, c'est entre beaux-frères, oncle et neveu que les choses se sont passées.

Le cas auquel nous avons fait allusion d'après M. le Dr Baume, concerne un homme qui avait séquestré son fils dans une écurie, l'avait couvert de chaînes et le tenait ainsi depuis trois ans dans le plus triste état.

Deux autres faits de séquestration d'aliénés sont relatés dans les *Annales médico-psychologiques*, année 1848. Dans l'un il s'agit d'un homme séquestré par son beau-frère. Ce malheureux était depuis dix-huit mois confiné dans un grenier. Ses jambes et ses bras étaient nus; son corps était dévoré par la vermine. On lui présenta de la

---

(1) Projet de loi portant revision de la loi du 30 juin 1838, présenté au Sénat par M. le Ministre de l'intérieur, 1883.

viande et du pain ; il se jeta avec avidité sur ces aliments. — Dans l'autre cas, il est question d'une jeune fille séquestrée par ses frères. Les détails qui la concernent sont des plus navrants : « Sur un mauvais lit de bois, recouvert de paille, ou plutôt de fumier, gisait une malheureuse jeune fille... Son corps ressemblait à un squelette ; ses genoux étaient ankylosés, et ses jambes arquées... Sa peau était labourée en tous sens par l'action déchirante de la paille qui lui servait de matelas. Elle était sans chemise, sans draps, sans couverture, accroupie comme un animal dans la fange... ».

Nous avons recherché, dans les quinze dernières années de la *Gazette des tribunaux*, les cas de séquestration d'aliénés dont la justice a eu à s'occuper. Nous avons trouvé les suivants dont nous donnons l'indication sommaire ; tous concernent des aliénés séquestrés par leurs très proches parents.

17 janvier 1869. — Vieillard dément séquestré dans un fournil par sa fille et son gendre. On ne lui donnait qu'une nourriture insuffisante. La fille a été condamnée à six ans de réclusion. Le gendre a été acquitté (dép. de la Somme).

26 mai 1869. — Jeune fille séquestrée par sa sœur et son beau-frère. On la soumettait aux plus mauvais traitements. Condamnation des coupables à vingt ans de travaux forcés (Ille-et-Vilaine).

2 novembre 1870. — Fillette de sept ans, que son père et sa mère tenaient renfermée dans une chambrette étroite et malpropre, parce qu'elle était faible d'esprit et gâteuse. Les auteurs de la séquestration n'ont pas été punis, sous le prétexte qu'ils usaient du droit de correction paternelle (Meuse).

22 juin 1873. — Aliéné âgé de trente-trois ans, que son père et sa mère ont tenu pendant trois ans enchaîné dans une écurie, où il était tout nu, et n'avait pour se coucher





ne soit inspirée par aucune intention criminelle, il faut encore qu'elle ne tourne pas au détriment de ceux qui en sont l'objet.

Il est certain, d'un autre côté, que bien des familles soignent avec beaucoup d'attention, d'intelligence, de dévouement et d'affection des aliénés qu'elles gardent à domicile. Mais si l'on édicte des mesures légales de protection et de surveillance, il sera toujours facile d'en adoucir la rigueur à l'égard de ces familles modèles, tandis qu'il ne sera pas possible d'empêcher les abus si l'on ne fait pas une loi qui permette d'intervenir. Nous croyons, avec M. Dagonet, que les inspecteurs sauront toujours apporter de la convenance et de la discrétion dans leurs rapports avec une famille consciencieuse (1).

Notre avis est donc que, non seulement la situation ne doit pas rester ce qu'elle est actuellement, mais encore que, sur le sujet qui nous occupe, la portée du nouveau projet de loi doit être étendue.

Dans ce but, nous proposerions de prendre comme règle générale de conduite l'article 14 du projet élaboré par M. de Crisenoy, qui est ainsi conçu : « Lorsqu'une personne aliénée est soignée dans sa famille, l'autorité publique doit en être avertie, afin qu'elle puisse veiller à ce que le malade ne soit pas victime de la négligence ou des calculs intéressés de ses parents. »

On trouve dans les législations des pays voisins de la France, des prévisions plus ou moins conformes à ce principe.

La pratique la meilleure est évidemment celle de l'Ecosse; elle peut fournir un excellent point de départ.

« En Ecosse, dit M. le Dr Foville, les familles ont le droit de conserver chez elles, et de soigner comme elles l'enten-

---

(1) Dagonet, ouvrage cité.

dent, leurs membres frappés d'aliénation mentale, mais seulement lorsque le traitement de ces malades ne comporte pas la nécessité de les enfermer de force dans leur maison, ou celle de leur appliquer des moyens de contrainte mécaniques; et lorsque la maladie ne date pas de plus d'un an. Lorsqu'au contraire ces deux conditions, durée de plus d'un an et nécessité de retenir le malade, se trouvent réunies, la famille est tenue d'en faire la déclaration au bureau des commissaires (siégeant à Edimbourg); ceux-ci inscrivent le malade sur leurs registres, et le prennent sous leur surveillance.

« Lorsque les commissaires apprennent, d'une manière quelconque, qu'un aliéné gardé dans sa famille est traité avec dureté et cruauté, ils ont le droit de pénétrer dans la maison, et s'ils reconnaissent les faits, ils peuvent s'adresser au Scheriff pour obtenir de lui qu'il fasse transporter le malade dans un asile spécial. »

Ces dispositions répondent d'une manière générale aux nécessités qui s'imposent dans notre pays.

Cependant elles nous paraissent réclamer quelques additions, quelques modifications.

Il faudrait d'abord bien déterminer ce qu'on doit entendre par séquestration d'un aliéné dans son domicile. Nous proposons d'appliquer cette désignation au fait de retenir un individu dans un espace clos de murs, avec ou sans jardin, de telle sorte qu'il ne puisse à son gré se mêler aux personnes du dehors et paraître sur la voie publique. La séquestration ainsi définie est tout à fait assimilable à celle des asiles spéciaux.

Le délai d'un an accordé aux familles, pour les obliger à déclarer qu'elles séquestrent un aliéné, est bien long. Il faut considérer, en effet, que certains cas de maladie mentale, lorsqu'ils ne sont pas soumis à un traitement régulier, deviennent promptement incurables. « Sur un relevé considérable d'aliénés, dit M. le Dr Dagonet, nous avons trouvé

soixante-quatre guérisons pour cent aliénés (non compris les individus atteints d'idiotie, de démence ou de paralysie), traités dans le premier mois de la maladie; la proportion descend à 40 p. 400, quand la maladie a déjà duré plus de trois mois, et à 27 p. 400, quand elle existe depuis plus d'une année (1). » Dans ces conditions il faut évidemment laisser le moins longtemps possible un aliéné livré à la seule direction de ceux qui le séquestrent. Un délai de trois mois paraît suffisant. Il donnerait à la maladie, s'il s'agissait d'un cas de délire aigu, transitoire et spontanément curable, le temps de s'amender; il permettrait, pour les autres formes de maladie mentale, d'intervenir encore avec efficacité.

Dans l'organisation écossaise, la surveillance et la protection des aliénés traités à domicile est confiée au seul bureau des commissaires, siégeant à Edimbourg; ces commissaires peuvent être assimilés à nos inspecteurs généraux. Sur un territoire aussi peu étendu que celui de l'Ecosse, cette organisation peut être suffisante. Les distances à franchir sont relativement courtes; les commissaires ont toute facilité pour se rendre promptement et souvent au lieu de la séquestration.

Dans un pays aussi grand que la France une centralisation aussi absolue serait assurément défectueuse.

Il faudrait donc créer des intermédiaires entre les inspecteurs généraux et les familles. Ces intermédiaires formeraient, dans chaque département, une commission locale. Ils recevraient les déclarations des familles; veilleraient à ce qu'un médecin, agréé ou choisi par les parents des malades, fît à ceux-ci des visites périodiques, dont le nombre serait déterminé d'avance; ils feraient eux-mêmes des tournées d'inspection dans leur ressort, et prendraient

---

(1) Dagonet, *Traité des maladies mentales*, 2<sup>e</sup> édit., p. 443.

l'initiative de toutes les mesures propres à empêcher les séquestrations abusives ou illégales.

Pour qu'ils puissent mieux remplir leur mission, il leur serait donné connaissance de l'état de fortune du malade et de sa situation de famille; ils veilleraient à ce que le traitement général fût en rapport avec les ressources de l'aliéné.

Pour éviter que les prescriptions légales ne soient oubliées, comme cela a lieu en Belgique, les commissions locales seraient dirigées, contrôlées, par une commission supérieure composée des inspecteurs généraux du service des aliénés, et de hauts fonctionnaires sous la présidence du ministre. Elles devraient transmettre à cette commission supérieure un état de tous les aliénés séquestrés à domicile et lui signaleraient les infractions à la loi. Les inspecteurs généraux viendraient à leur tour se mettre en rapport avec les commissions locales et pourraient procéder à la visite individuelle des séquestrés.

Nous n'insistons pas davantage sur la centralisation, qui est réclamée par tout le monde, et dont les avantages sont incontestables. Le service, organisé comme nous venons de le dire, aurait les deux qualités signalées comme nécessaires par M. le D<sup>r</sup> Foville et qui sont :

1° De présenter plusieurs degrés hiérarchiques se contrôlant l'un l'autre;

2° D'être centralisé aux mains d'un corps spécial, relevant directement de l'Etat.

En principe, les commissions locales devraient être composées surtout de médecins. Elles auraient en effet à assurer un service presque exclusivement médical. Toutefois elle seraient exposées à voir surgir devant elles des questions d'affaires; elles auraient à juger du bon emploi de la fortune d'un malade; elles pourraient être appelées à contrôler, dans une certaine mesure, la gestion des parents. Aussi devraient-elles comprendre parmi leurs

membres un avocat, un notaire ou un avoué, qui pût les aider à résoudre toutes les questions de légalité.

Le service médical, institué près des malades par le soin des commissions locales, devrait, aussi bien que celui des diverses commissions être soumis à des prescriptions obligatoires. Ce serait le seul moyen d'obtenir que tout se fit avec précision et régularité. Le livret individuel, usité en Angleterre et en Ecosse, est d'une heureuse application. Il répond, en quelque sorte, au registre spécial de nos asiles. Sur ce livret le médecin particulier, les membres des commissions départementales inscriraient leurs visites, les modifications survenues dans l'état du malade, les observations qu'ils auraient à faire sur la tenue générale du malade et de sa demeure.

En Ecosse, le nombre des visites médicales est laissé à la libre appréciation des commissaires, qui généralement n'imposent que quatre visites par an. En Angleterre, où rien n'est obligatoire pour les aliénés traités dans leur propre famille, la loi prescrit pour ceux qui sont traités chez des étrangers une visite par quinzaine et donne le droit aux commissaires de permettre d'espacer ces visites. Il nous paraîtrait plus simple et préférable d'établir en cela quelque chose d'analogue à ce que l'on propose de faire pour la tenue des registres dans les asiles. Le nouveau projet de loi dit, art. 17 : « Le médecin sera tenu de consigner sur ce registre les changements survenus dans l'état mental de chaque malade, au moins chaque semaine pendant le premier mois, au moins chaque mois pendant le reste de la première année, et ultérieurement au moins chaque trimestre. »

Il nous reste à dire quelques mots de la sanction à appliquer à toutes ces mesures. Il est à souhaiter qu'il soit établi des dispositions semblables à celles de la loi hollandaise : « Lorsqu'un inspecteur, dit cette loi, trouve qu'un aliéné, ainsi placé hors d'un asile, n'est pas convenablement

soigné, il adresse des conseils ou des remontrances à la personne chargée du malade, et lorsque celle-ci n'en tient pas compte, l'inspecteur dénonce le fait au procureur du roi, qui a le droit et le devoir de provoquer le placement du malade dans un asile. » — La commission centrale pourrait de la même manière provoquer d'office le placement dans un asile sur la proposition de la commission départementale.

Enfin, nous voudrions voir disparaître de notre législation l'espèce d'antagonisme qui existe entre les articles 344 et 475 du code pénal. Désormais l'article 344 devrait s'appliquer à toute séquestration illégale, même celle d'un aliéné.

En résumé, les dispositions principales que nous souhaitons de voir établir en France sur le régime des aliénés séquestrés à domicile portent sur les points suivants :

Obligation pour toute personne ayant la responsabilité d'un aliéné séquestré dans un domicile particulier d'en faire la déclaration à une commission spéciale existant dans chaque département, dans un délai de trois mois, à partir du début de la séquestration;

Organisation, près du malade ainsi séquestré, d'un service médical soumis à des prescriptions spéciales ;

Surveillance de la séquestration par les membres de la commission départementale ;

Centralisation de tous les documents réunis par les commissions départementales, sur les aliénés séquestrés dans leurs familles ou chez des particuliers, entre les mains d'une commission centrale supérieure dans laquelle siègeraient des inspecteurs généraux du service des aliénés. Cette commission centrale surveillerait tous les aliénés, et serait chargée de l'application des mesures propres à sanctionner la loi.

Nous n'avons assurément pas la prétention d'avoir résolu, dans ce qui précède, toute la question des aliénés séques-

trés à domicile ; mais nous nous sommes efforcé d'aborder les points principaux de cette question.

Les considérations dans lesquelles nous sommes entré au cours de ce mémoire se résument dans les conclusions suivantes :

1<sup>o</sup> On ne peut contester à un citoyen le droit de garder dans un domicile particulier les membres de sa famille qui sont en état d'aliénation mentale, de les y soigner et même de les y séquestrer, lorsqu'ils ne constituent pas un danger pour la société ou pour eux-mêmes.

2<sup>o</sup> Dans la pratique, le traitement et la séquestration des aliénés à domicile présentent de nombreuses difficultés d'exécution, qui tournent trop souvent au détriment des malades.

3<sup>o</sup> Des exemples nombreux démontrent que la séquestration pratiquée dans les familles peut être, non seulement défectueuse, mais encore abusive, et même criminelle.

4<sup>o</sup> Pour prévenir autant que possible les abus et les crimes, il est à désirer que la nouvelle loi sur les aliénés donne aux pouvoirs publics, dans les conditions que nous avons exposées, un droit de surveillance et de protection directes sur les aliénés séquestrés dans des domiciles particuliers, aussi bien que sur les aliénés séquestrés dans les asiles publics et dans les maisons de santé privées.

---

---

# Médecine légale

---

## REVUE DE MÉDECINE LÉGALE

Par le D<sup>r</sup> A. GIRAUD

Directeur médecin de l'asile de Fains.

---

LES ATTENTATS CONTRE LES PERSONNES (*suite*).—Affaire A...; irresponsabilité invoquée par les experts; condamnation; par M. le D<sup>r</sup> Taguet. — Affaire D..., f<sup>e</sup> H...; délire épileptique; irresponsabilité; par M. le D<sup>r</sup> Sizaret. — Affaire R...; lypémanie; irresponsabilité; par M. le D<sup>r</sup> Rousseau. — Affaire G...; délire des persécutions; irresponsabilité; par M. le D<sup>r</sup> Longeaud. — Affaire O...; alcoolisme; prodromes de la paralysie générale; irresponsabilité; par M. le D<sup>r</sup> Dauby. — Affaires B... et Z...; par M. le D<sup>r</sup> Langlois. — Affaire B...; par M. le D<sup>r</sup> Bonnet; faible d'esprit; irresponsabilité.

Nous avons exposé, dans notre précédente revue, combien le rôle de l'expert est parfois difficile lorsque l'accusé est atteint de délire systématisé, et nous avons cité un cas où les premiers juges, dans une affaire d'interdiction, avaient méconnu la folie. Au moment même où notre travail était publié, trois médecins, dont l'expérience et l'autorité sont incontestées : les docteurs Lafargue, médecin aux rapports; Oré, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux; Taguet, médecin en chef de l'asile des aliénées et chargé du cours des maladies mentales, à Bordeaux, soutenaient devant la cour d'assises de la Gironde qu'un accusé était atteint du délire des persécutions, et devait être considéré comme irresponsable. Le ministère public refusa d'admettre les conclusions des experts et obtint du jury



un verdict affirmatif. L'accusé fut condamné à vingt ans de travaux forcés. Le D<sup>r</sup> Taguet a rédigé un résumé de l'affaire et nous avons également reçu le compte rendu publié dans les journaux. Nous analyserons d'abord le mémoire du D<sup>r</sup> Taguet, et nous rechercherons, d'après le compte rendu des journaux, les motifs qui ont déterminé le ministère public à combattre l'opinion des médecins.

Le fait est exposé dans les termes suivants : « Le 1<sup>er</sup> juillet 1883, vers neuf heures du soir, après avoir dissimulé sous son habit un fusil dont il avait fait depuis plus de trois ans une sorte de pistolet, à la suite de l'explosion d'un des canons, D.... se rend chez B... pour le prier de venir lui aider à mettre en perce une pièce de vin. B... hésite un instant et sort avec lui, accompagné de son domestique. Il avait fait à peine quelques pas, lorsque D... fit passer le domestique devant lui, et, se détournant brusquement, déchargea à bout portant son arme sur B..., qui tomba mortellement atteint ; l'assassin, après avoir crié à leur compagnon de se sauver, se jetait dans le bois en emportant avec lui son arme qu'il ne tardait pas à recharger. Une heure après environ, il revenait au village, entra dans sa grange et y dormait paisiblement jusqu'au lendemain. A cinq heures du matin, il se présentait à la caserne de gendarmerie de Lesparre, remettait son pistolet entre les mains du brigadier, et se disposait à s'en aller comme n'ayant plus rien à faire. » D... fut traduit, au mois d'août suivant, devant la cour d'assises, mais l'affaire fut remise à la session suivante sur les dépositions de deux témoins : l'un avait déclaré que l'accusé passait dans son village pour « moure », c'est-à-dire pour fou ou imbécile ; l'autre, avocat, ayant défendu, deux ou trois ans auparavant, les intérêts de l'accusé dans un procès, vint dire que son client lui avait paru atteint de dépression intellectuelle, ne pouvant

ni le comprendre ni se faire comprendre. A cette époque, l'accusé se plaignait amèrement de sa femme qu'il soupçonnait de le tromper et de vouloir le ruiner. MM. les docteurs Lafargue, Oré et Taguet furent chargés de procéder à un examen médico-légal.

D... était âgé de quarante-six ans; il a deux frères, dont un est un ivrogne incorrigible; il a une sœur épileptique et un cousin germain idiot. Les experts ont constaté qu'il a une intelligence au-dessous de la moyenne; il a une asymétrie très marquée de la face; le front est beaucoup plus fuyant à droite qu'à gauche; la partie gauche du visage est sensiblement plus développée que l'autre. D... est marié et sa femme a eu plusieurs enfants, mais l'accusé soupçonnait sa femme d'avoir des relations adultères avec ses voisins. Il se croyait infécond parce que sa semence était trop claire, et il crut comprendre que les enfants mis au monde par sa femme étaient les fils de son voisin R... Non seulement sa femme l'avait déshonoré, mais aurait porté de l'argent à ses amants et lui aurait dérobé une somme qu'il évalue à dix mille francs. Tout en portant de telles accusations, D... reconnaissait n'avoir jamais surpris un mot, un geste ou un rendez-vous. A une certaine époque même, il aurait soupçonné sa femme de vouloir l'empoisonner pour vivre en toute liberté avec son amant, et aurait, à ce moment, souffert de la faim, plutôt que de manger des aliments préparés par elle, à moins que le repas ne soit pris en commun, ou que sa fille consentit à partager le dîner.

A la suite d'une plainte de sa femme, la séparation de corps et de biens fut prononcée au mois de septembre 1880, et D... aurait, à partir de ce moment, vécu seul chez lui; mais alors ses nuits sont sans sommeil et traversées par des rêves pénibles. Il lui semble qu'on rôde autour de sa maison, qu'on frappe de légers coups à sa porte; il se lève et va ouvrir discrètement sans pouvoir rien découvrir dans la rue. Il

crut d'abord à des voleurs venant dévaliser son poulailier, mais ensuite il fut convaincu que ses voisins avaient de mauvaises intentions à son égard et ses soupçons finirent par se porter sur une seule personne, le nommé B..., qui avait déposé contre lui lors de la séparation de corps, et qui était, néanmoins, le seul homme avec lequel il eût conservé des relations de bon voisinage. Peu de temps avant l'attentat, les hallucinations seraient devenues de plus en plus intenses, se reproduisant le jour comme la nuit, et le délire des persécutions aurait été tel que D..., ne se sentant pas en sûreté chez lui, aurait été quatre jours de suite se cacher dans les bois.

« Le 4<sup>er</sup> juillet, écrit M. Taguet, il reste au village se sachant en sûreté, la gendarmerie, dit-il, ne faisant jamais d'arrestations le dimanche. Il dit à un de ses voisins qu'il souffre, que quelque chose le serre, l'étouffe; à un autre, il raconte que dans deux ou trois jours il aura cessé de vivre; on lui trouve un air étrange, égaré. Vers sept heures du soir, il entre chez un nommé C... et prend un fusil appendu à la cheminée, sous le prétexte de tirer un oiseau; après un moment d'hésitation, il jette cette arme dans une haie et rentre chez lui. Il écrit sur une demi-feuille de papier le nom de ses créanciers et le montant de la somme qui lui est due; sur une autre il dénonce A... comme étant la cause de ses malheurs et de sa mort; sur une autre, enfin, il supplie le tribunal de Lesparre de ne pas laisser vivre sa femme qui ne peut être qu'une cause de scandale pour ses enfants. »

Le lendemain de l'attentat et lors de la confrontation avec la victime, il reconnut avoir volontairement donné la mort, n'éprouva aucune émotion et répondit qu'il ne se repentait pas. Il s'est montré indifférent et a manifesté aux experts cette même insouciance. L'accusé se plaint d'éprouver à la prison des hallucinations. Il entendait un bruit de clochette et était persuadé que la nuit on frappait de

petits coups aux volets de sa prison. Il aurait même manifesté de nouveau des idées d'empoisonnement.

Les conclusions des experts ont été les suivantes :

- « 1° D... (Etienne) est atteint de délire de persécutions
- « avec hallucinations de l'ouïe ;
- « 2° Il était aliéné le jour du crime ;
- « 3° Il ne saurait être déclaré responsable ;
- « 4° Il doit être mis à la disposition de l'autorité administrative comme étant dangereux pour la sûreté et sé-
- « questre dans un asile d'aliénés. »

L'avocat général, ayant à combattre ces conclusions, invoque un précédent, celui de Jobard, l'assassin du théâtre des Célestins, qui fut déclaré irresponsable par les médecins ; néanmoins, le jury le reconnut coupable, et cet homme, depuis sa condamnation remontant à plus de vingt ans, n'a jamais donné de signe de folie. M. Taguet paraît avoir été ému d'une telle argumentation, et termine son mémoire par la réflexion suivante :

« Le jugement qui condamne D... à vingt ans de travaux forcés, écrit-il, outre qu'il atteint un malade, me  
« semble un arme dangereuse pour l'avenir dans les mains  
« du ministère public; après l'exemple de Lyon, celui de  
« Bordeaux.

« Pendant toute la durée des débats, l'accusé a conservé  
« l'indifférence, l'insouciance que nous lui connaissions ;  
« la peine à laquelle il a été condamné n'a provoqué chez  
« lui aucune émotion : je doute qu'il s'en soit rendu  
« compte. »

Le compte rendu des journaux nous révèle certaines circonstances qui ont pu déterminer le ministère public à soutenir l'accusation malgré l'avis des experts, et qui ont été de nature à impressionner le jury. On sait quelle importance jouent les témoignages dans une affaire criminelle. Les témoins à charges ont nié que l'accusé eût jamais donné des signes de folie. Quant à celui qui avait déclaré à

la précédente session des assises que D... était un *mouré*, il a eu, on peut le dire, une attitude déplorable. Dans l'intervalle des deux sessions, il avait acheté les biens de l'accusé pour une somme inférieure à leur valeur; l'accusé avait consenti à la vente, et l'acheteur, pour que l'acte ne fût pas entaché de nullité, devait soutenir que le vendeur était sain d'esprit; de là une rétractation de la précédente déposition. Le ministère public, de son côté, considéra le fait de vendre ses biens, même au-dessous de leur valeur, comme une action prudente et sage dans la situation où se trouvait l'accusé, et en tira un argument contre la folie. La femme de l'accusé, elle-même, interrogée, répondit que jamais son mari ne lui avait manifesté la crainte qu'elle voulût l'empoisonner; qu'il n'en a parlé qu'à l'audience; que jamais il n'avait exigé que sa fille goûtât les aliments avant lui, et qu'il ne s'est jamais levé la nuit sous le prétexte qu'il entendait du bruit au dehors de la maison. Les experts se sont ainsi trouvés contredits par les témoins, et les faits sur lesquels se basait leur opinion étaient contestés. Nous devons même noter que le président des assises, à diverses reprises, fit voir qu'il n'admettait pas la folie de l'accusé, et une réplique de l'avocat général fait voir nettement l'opinion des magistrats :

« M. le président. — Nous avons entendu un très grand nombre de témoins qui n'ont jamais reconnu D... comme fou : cela change-t-il quelque chose à votre opinion ? »

« M. Taguet. — Non. D... est atteint du délire des persécutions et d'hallucinations de l'ouïe. C'est d'après les déclarations que m'a faites l'accusé et d'après son récit à la prison, que j'ai pu apprécier l'homme. »

« M. l'avocat général. — Mais D... voulant se faire passer pour fou vous a déclaré ce qu'il a voulu. »

Sans chercher à soulever aujourd'hui une discussion à l'occasion de ce fait, ce qui serait déplacé dans cette revue, nous ne saurions admettre que l'accusé ait été assez

habile pour induire en erreur trois médecins habitués à voir des aliénés. Le rôle de délirant par persécution halluciné n'est pas facile à simuler, car la moindre exagération peut faire reconnaître la supercherie ; les hallucinés sont peu communicatifs et leur entourage tarde souvent à les considérer comme aliénés. Une partie des témoins avait déposé dans le procès en séparation de corps en faveur de la femme ; ces témoins avaient considéré l'aliéné comme brutal, mais non aliéné, et avaient, depuis le procès, rompu toute relations avec lui. Quant à la déposition même de sa femme, on aurait dû lui attribuer peu de valeur, puisque, d'après les experts, l'accusé était surtout tourmenté par ses hallucinations depuis qu'il vivait seul.

Nous considérons donc, avec M. Taguet, le jugement qui condamne D... à vingt ans de travaux forcés comme regrettable, puisqu'il atteint un malade, mais nous ne croyons pas qu'il puisse devenir une arme dangereuse contre les aliénés dits criminels. Rien ne prouve que D... subira une peine de vingt ans de travaux forcés sans donner des signes d'aliénation mentale. L'avocat général qui a soutenu avec succès l'accusation pourra un jour regretter son habileté, s'il voit l'affaire D... inscrite dans le triste chapitre des erreurs judiciaires.

Ce qui avait manqué dans l'affaire précédente, c'était la preuve matérielle donnée aux magistrats des faits avancés par les experts. Dans l'affaire D... femme H..., M. le Dr Sizaret a pu, sans difficulté, convaincre le magistrat instructeur, et une ordonnance de non-lieu a été rendue.

Le fait peut se résumer en peu de mots. Les époux H... vivaient en mauvaise intelligence et se querellaient fréquemment. Dans une querelle, la femme H... frappa son mari avec un couteau et le blessa à l'avant-bras, le coup ayant été paré avec le bras. Elle était poursuivie pour tentative d'assassinat. L'accusée avait été condamnée deux fois en simple police pour outrages envers les voisins et

pour rébellion aux agents. Un rapport du commissaire de police établit qu'elle passait pour être jalouse et qu'elle était sujette à des accès d'érotisme. Le Dr Lemoine, médecin de la prison, la déclara atteinte d'épilepsie avec perturbation intellectuelle consécutive. Le Dr Maire, de Lunéville, certifia qu'elle éprouvait des crises épileptiques attribuées à des coups reçus sur la tête; le Dr Job, de Lunéville, la déclara atteinte d'hystérie avec accès épileptiformes. Les attaques convulsives étaient, en outre, attestées par plusieurs témoins. D'après certaines dépositions, elle aurait paru parfois animée par la boisson, sans toutefois jamais avoir été vue en état d'ivresse manifeste. Les doutes sur l'intégrité des facultés intellectuelles parurent suffisants au juge d'instruction pour motiver la mise en observation à l'asile de Maréville.

La femme H... était âgée de trente-trois ans, de taille au-dessus de la moyenne, bien conformée, blonde et de forte constitution. Elle paraissait très émotive, riant et pleurant alternativement sans motif plausible; sa parole était saccadée, et elle accusait son mari avec animation; elle se plaignait de douleurs dans diverses parties du corps; elle déclara avoir habituellement connaissance de ses attaques par une sorte de courbature qu'elle éprouvait à la suite. D'ailleurs, elle portait sur le bout de la langue et sur la lèvre inférieure des traces manifestes de morsures.

Quelques jours après son entrée à l'asile, elle devint tout à coup irritable, grossière et violente dans son langage, proférant des menaces, se répandant en récriminations et accusations mensongères; elle avait la face rouge et congestionnée, le regard brillant et fixe, la physionomie contractée, elle était agitée d'une sorte de tremblement général et la sensibilité cutanée avait disparu. Ces troubles intellectuels et nerveux cessèrent au bout de deux jours. Huit jours plus tard on observa une attaque complète d'épilepsie, dont la femme H... n'eut pas conscience, et qui

fut suivie d'abattement ; mais le lendemain de l'attaque, l'agitation reparut et dura encore deux jours. Les mêmes phénomènes se reproduisirent à diverses reprises.

M. le Dr Sizaret formule ainsi son appréciation : « Il résulte que l'inculpée est atteinte d'épilepsie et que, de plus, ainsi qu'il arrive à un grand nombre d'épileptiques, elle éprouve, à intervalles plus ou moins rapprochés et certainement sous l'influence de ses crises convulsives, de véritables accès de folie qui doivent être considérés comme autant d'atteintes de manie épileptique. Ces accès sont caractérisés par la rougeur et la congestion de la face, la contraction des traits, l'expression menaçante de la physionomie, la fixité du regard, la grossièreté, la violence et le cynisme du langage, la fausseté des appréciations, des récriminations sans fondement et des accusations mensongères contre les personnes, des impulsions érotiques, une tendance manifeste à la colère et à la fureur. Sous l'influence de ces accès, l'inculpée a plusieurs fois insulté et menacé sans motif les gens de service pour lesquels, à d'autres moments, elle se montre d'une affectuosité exagérée : changements brusques d'humeur et de sentiments, habituellement observés chez les épileptiques et constituant le fond de ce qu'on a appelé le caractère épileptique. »

En se basant sur les phénomènes observés à Maréville, M. le Dr Sizaret croit que les témoins, avançant que l'accusée se livrait à la boisson, ont été induits en erreur et ont attribué à l'alcool ce qu'on peut appeler « *l'ivresse épileptique*. » Quant à la véritable question médico-légale, celle qui consiste à définir l'état mental au moment où l'acte a été commis, elle a pu être résolue en se basant sur les dépositions mêmes trouvées au dossier. La veille de la tentative de meurtre, elle se trouvait dans un tel état d'exaspération, que son mari, effrayé, l'envoya coucher hors de chez lui. Rentrée chez elle, après avoir commis des extravagances



dans un débit de vins, elle se mit à jeter par la fenêtre des sacs d'effets et déchira un pardessus de son mari; ce dernier reçut le coup de couteau en voulant s'opposer à cet acte de destruction.

« Cette conduite anormale et absolument extravagante de l'inculpée, la veille et le jour même de l'acte incriminé, dit M. le D<sup>r</sup> Sizaret, ne peut, à mon avis, tenir qu'à deux causes, soit la surexcitation maniaque épileptique, soit l'ivresse alcoolique. Celle-ci a-t-elle été constatée à ce moment? Il n'existe au dossier aucune espèce de témoignage à cet égard; personne ne parle d'ivresse, ni le mari, ni les témoins; nous n'avons donc aucune raison d'y croire. Tout nous porte à admettre, au contraire, qu'à ce moment l'inculpée obéissait à un entraînement morbide; qu'elle était sous le coup d'un de ces accès de délire épileptique dont j'ai établi l'existence chez elle; que, par conséquent, elle ne jouissait pas de son libre arbitre, et que les boissons alcooliques qu'elle a pu boire cyniquement dans les verres de consommateurs étrangers, sous l'influence même de son exaltation maniaque, ont seulement aggravé la situation en mettant le comble à sa surexcitation mentale. »

Les conclusions sont les suivantes :

« 1<sup>o</sup> L'inculpée est atteinte d'épilepsie et d'accès de délire épileptique survenant dans l'intervalle des attaques convulsives et sous l'influence de celles-ci.

« 2<sup>o</sup> Au moment de l'acte incriminé, l'inculpée était en proie au délire épileptique et ne jouissait pas de son libre arbitre.

« 3<sup>o</sup> L'inculpée n'est pas responsable des actes qu'elle peut commettre sous l'influence du délire épileptique. »

A la suite de l'ordonnance de non-lieu, la femme H... a été maintenue à l'asile de Maréville, par arrêté préfectoral.

Le nommé R... (François), inculpé de meurtre sur la personne de sa bru et examiné par les D<sup>rs</sup> Dionis des Carrières, Favre et Rousseau, était un vieillard de soixante-treize ans. La victime avait été frappée violemment à la partie postérieure et supérieure du cou à l'aide d'un instrument contondant, et avait été trouvée étendue à terre, la tête dans la cendre du foyer. On avait cherché pendant plusieurs jours le coupable, et R... finit par avouer qu'il était l'auteur de l'attentat. Il donne pour explication qu'injuré par sa belle-fille, il avait perdu la tête, et avait frappé sa bru avec le morceau de bois qu'il tenait à la main. Il avait été ensuite appeler son fils en lui disant : Ta femme est dans le feu. Certaines dépositions ayant fait naître des doutes sur l'état mental de l'accusé, ce dernier fut mis en observation à l'asile d'Auxerre.

Les experts ont relevé les antécédents héréditaires suivants : De ses quatre frères, l'un est mort aliéné à l'asile d'Auxerre, et un autre s'est brûlé la cervelle ; une de ses deux sœurs a été hypochondriaque pendant plusieurs années et a guéri ; parmi ses cousins germains, un s'est pendu ; un autre s'est noyé volontairement et un troisième s'est empoisonné avec de l'eau-de-vie. Il a lui-même fait des tentatives de suicide.

A son arrivée à l'asile, R... se montra profondément triste, s'asseyant dans une cour, le tronc fléchi, la face soutenue et cachée par les mains. Il faisait entendre des gémissements, et, quand on lui parlait, répondait avec assez de facilité, mais à chaque phrase recommençant ses plaintes, déplorant le mauvais coup qu'il avait fait et qui l'empêchait à jamais de retourner dans sa famille. Il raconte que, lors de sa première attaque de délire, en 1879, il se trouvait sous l'influence de préoccupations sinistres, qu'il se croyait ruiné et que tout lui déplaisait. Il éprouvait alors un ennui profond qui ne cessait que lorsqu'il se livrait à un travail fatigant. Sa tête était douloureuse ; il avait des palpitations

de cœur et ne pouvait fermer l'œil la nuit. Son état mental se serait amélioré, mais il lui serait resté des idées tristes, de la céphalalgie et des palpitations. Le jour de l'attentat, sa tête aurait été plus douloureuse que d'habitude et les injures de sa bru lui auraient fait perdre la raison.

Au début de son séjour à l'asile, il se plaignit de céphalalgie et de palpitations; il dormait à peine une heure par nuit et ses fonctions digestives étaient languissantes. Treize jours après son entrée, on constate une modification presque subite. R... s'anime et manifeste une certaine gaieté; l'appétit revient, le sommeil également; les palpitations cessèrent presque complètement, mais ses récits devinrent contradictoires. Il avait d'abord déclaré qu'après avoir porté le coup, une lutte s'était engagée entre lui et la victime; il raconta qu'il n'avait frappé sa bru qu'une seule fois; elle s'était relevée, avait tourné sur elle-même et avait été tomber la face dans les cendres. Il prétendit que, pendant l'enquête, ses idées étaient confuses et qu'on lui avait fait avouer tout ce qu'on avait voulu.

Quelques instants après, il donna une nouvelle version, comme s'il n'avait pas conscience de ce qu'il venait de raconter et fit intervenir un personnage vêtu en blouse et chaussé de sabots, dont il ne peut donner aucun autre signallement et auquel il attribue le principal rôle dans l'affaire. Ce personnage aurait pris la fuite à son approche. Il finit par conclure : « Cela ne m'étonnerait pas que je n'aie rien fait et que ce soit cet individu qui ait assassiné ma belle-fille. » Les jours suivants, il se montra encore plus explicite, s'exprimant avec facilité, déclarant que la lumière se faisait dans son esprit; que ses premières allégations étaient fausses et qu'il n'avait rien à se reprocher. Il finit par devenir loquace, prétendant se rappeler ce qui s'était passé il y a soixante-dix ans, soutenant qu'il est innocent et demandant à retourner dans sa famille.

Dans la discussion des faits, les experts n'hésitent pas

à considérer l'accusé comme un malade, et à rattacher la forme d'aliénation mentale dont il est atteint à la lypémanie. L'affection se serait développée sous l'influence de prédispositions héréditaires, à la suite de pertes d'argent et de l'émotion causée par la folie de son frère. « R..., « écrivent les experts, depuis le mois d'avril 1879, s'est « toujours trouvé à des degrés divers sous l'influence d'un « délire mélancolique; aussi, dans l'acte qui lui est repro- « ché, doit-on considérer l'impulsion inconsciente à « laquelle il a cédé comme étant de nature essentiellement « morbide, deutéropathique dans sa chronologie et compli- « cative d'une lésion antécédente et déjà chronique du « cerveau. Malgré ses démêlés avec sa belle-fille, il semble « bien démontré qu'il ne nourrissait contre elle aucun « projet de vengeance, et que, quand il s'est présenté chez « elle, il ne prévoyait pas le fatal dénouement de sa visite. « L'explosion de sa fureur a dû être soudaine, instantanée, « et lorsque le crime a été perpétré, le trouble cérébral « s'est dissipé en laissant toutefois subsister une certaine « stupeur du côté des facultés intellectuelles et de la mé- « moire. » Un point est examiné tout spécialement dans le rapport. Comment doit-on interpréter les contradictions de l'accusé dans ces récits, et, notamment, que signifie la fable de l'individu chaussé de sabots et vêtu d'une blouse, qui aurait fait le coup? Les experts rejettent l'hypothèse d'une hallucination et doutent que l'accusé cherche à tromper la justice; « mais, disent-ils, la question ne « serait-elle pas plus complexe, si l'on tient compte de « l'incohérence et des troubles amnésiques de ce der- « nier dans ses moyens de défense. Ne se trouverait- « on pas en présence d'un de ces cas où une partie de la « conscience s'oblitére et est remplacée par une conviction « délirante? » D'après cette théorie, les idées de culpabilité et d'innocence coexisteraient dans l'esprit du prévenu et alterneraient, et les experts terminent en affirmant la

déchéance intellectuelle chronique du sujet qu'ils ont observé. Le mécanisme imaginé pour expliquer les contradictions du prévenu nous semble bien compliqué. A la lecture du rapport, nous voyons un lypémaniaque tombé en démence, et l'expression même, déchéance intellectuelle, doit être synonyme de démence; ce dément peut avoir imaginé une fable, sans qu'on le considère comme simulant l'aliénation mentale; son grossier système de défense ne pouvait que confirmer l'opinion des experts sur l'état de déchéance intellectuelle du prévenu.

Les conclusions du rapport sont les suivantes :

- « 1° R... (François) appartient à une famille d'aliénés ;
- « 2° Il est devenu lui-même lypémaniaque sous la triple
- « influence de la prédisposition héréditaire, de pertes d'argent et de la maladie de son frère ;
- « 3° Depuis le mois de juillet 1879, jusqu'au moment
- « où nous l'avons examiné, il a éprouvé des rémissions,
- « mais jamais d'intervalles lucides proprement dits.
- « 4° Il ne doit pas être considéré comme responsable de
- « l'acte incriminé. »

Conformément à ces conclusions, R... a été l'objet d'une ordonnance de non-lieu et maintenu à l'asile par arrêté préfectoral.

M. le Dr Longeaud, directeur-médecin de l'asile de Rodez, a été chargé d'examiner l'état mental du nommé G... (Henri-Noël), inculpé de parricide et « de rechercher s'il

« n'y a pas simulation dans l'attitude de l'inculpé, et s'il

« n'a pas voulu se venger de ce que son père lui reprochait

« d'être un homme paresseux qu'il avait peine à nourrir. »

G... était un jeune homme de vingt-huit ans, robuste et bien constitué. Sa physionomie était régulière dans son ensemble, mais le regard mobile et indécis; la pupille gauche était, lors de la mise en observation à l'asile de Rodez, plus dilatée que la droite. La parole était, sinon

embarrassée, du moins traînante, sauf au début de la conversation où elle était parfois brusque et rapide. Depuis plusieurs mois, il était sans emploi et vivait avec son père et sa mère, mais ces derniers lui reprochaient son peu de goût pour le travail; l'accusé s'en fâchait, avait déjà maltraité son père et menacé sa mère. Un soir, dans un champ, il saisit son père à la gorge, le renversa et lui écrasa la poitrine à coups de genoux; puis il plaça le cadavre dans un fossé, le recouvrit de branchages et rentra au village. Il se rendit chez le maire pour le prévenir qu'il y a quelqu'un à faire enterrer, puis alla frapper à la porte du presbytère, et, sans attendre la réponse, alla se promener.

Déjà, à une date antérieure, le prévenu avait donné des signes de dérangement intellectuel, et le maire du pays déclara qu'il avait adressé au préfet une demande d'admission à l'asile, mais que n'ayant aucun fait grave à signaler (avant la perpétration de l'acte incriminé), il n'avait pu obtenir le placement d'office. G..., depuis qu'il était rentré chez ses parents, était sombre et avait des tendances à la violence. Dans les divers interrogatoires qu'il eut à subir après l'attentat, il ne varia pas dans ses réponses. Il avait, a-t-il dit, conçu depuis un certain temps la pensée de tuer son père, à la suite des vexations qu'on lui faisait subir: il avait d'abord résisté, parce que c'était mal, mais il avait compris ensuite qu'il devait le faire, et il avait reconnu à certains signes que ses parents voulaient l'empoisonner. Nous n'analyserons pas les nombreuses dépositions citées dans le rapport de M. le D<sup>r</sup> Longeaud; elles montrent que l'accusé passait dans son pays pour ne pas être sain d'esprit, et elles motivaient parfaitement l'observation médicale. Nous noterons seulement que certains témoins signalent chez l'aliéné des idées de grandeur. A l'asile, le prévenu manifesta ses idées délirantes, se plaignant d'être tracassé, ayant dans sa conversation de nombreuses réticences, gardant surtout un mutisme presque absolu. Comme

beaucoup de persécutés, il répondait fréquemment aux questions qu'on lui adressait par « vous le savez aussi bien que moi. » A diverses reprises, ses propos révélèrent des idées ambitieuses. Il se prétendait connu dans le département et dans les départements voisins, et il formulait alors une haute opinion de lui-même. A certains moments, il se montra expansif et incohérent dans ses propos. Ses récits révélèrent alors des hallucinations de la vue et de l'ouïe.

M. le Dr Longeaud rejette toute idée de simulation chez le prévenu. G... a constamment présenté les mêmes idées délirantes ; il n'a visé ni à l'excentricité, ni à l'inconséquence ; il a toujours protesté contre sa séquestration et il n'a jamais cherché à imiter les malades qu'il avait sous les yeux.

Les conclusions du rapport sont :

- « 1° G... est réellement aliéné ;
- « 2° Son aliénation remonte à plusieurs années et persistait lorsqu'il a accompli le meurtre dont il est inculpé ;
- « 3° Il est atteint du délire des persécutions, avec idées ambitieuses et hallucinations probables de l'ouïe et de la vue ;
- « 4° Il est complètement irresponsable de l'acte qu'il a commis ;
- « 5° Comme il est très dangereux pour la sécurité publique, il doit être séquestré et maintenu dans un asile d'aliénés. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue et G... fut maintenu d'office à l'asile par arrêté préfectoral.

M. le Dr Longeaud a signalé les troubles du côté de la parole et l'inégalité pupillaire, en indiquant que ces symptômes excluaient l'idée de simulation, mais sans formuler un diagnostic précis. Il s'est borné à écrire : « Ces troubles physiques ne peuvent s'improviser ; ils dénotent une tension oppressive du système nerveux et une lésion céré-

« brale qui, dans un avenir plus ou moins éloigné, se traduira par des manifestations épileptiformes. Du moins, « telle est notre opinion à cet égard. » On peut se demander si le malade n'était pas atteint de paralysie générale au début. Ce point n'offrirait pas un grand intérêt aux magistrats, du moment que l'irresponsabilité du prévenu leur était affirmée, mais l'absence de diagnostic précis n'en constitue pas moins une lacune, et Tardieu a donné un précepte fort sage en recommandant de ne pas se borner à déclarer qu'un individu est aliéné, et en donnant le conseil de toujours indiquer la forme de la folie.

Dans l'affaire O..., M. le Dr Dauby, directeur-médecin de l'asile d'Aix, a aussi constaté chez le prévenu des symptômes de paralysie générale. O... était âgé de trente-huit ans et on ne lui connaissait pas d'antécédents héréditaires. On ne signale rien de particulier dans sa jeunesse, sinon qu'il était vantard, et il a fait son service militaire. Les dépositions des témoins établissent qu'au moment où il a commis l'attentat, il était devenu très original, parfois incohérent dans ses propos; il manifestait alors des idées de grandeurs et de richesses. Ces symptômes se seraient développés lentement et progressivement, car nulle part on ne signale de début brusque, mais ils étaient beaucoup plus accusés lorsqu'il avait bu. Il s'exaltait alors très facilement; une faible dose suffisait pour l'animer. On signale, en outre, que plusieurs jours avant l'attentat, O... avait la face très congestionnée.

L'acte incriminé présentait cette particularité qu'au meurtre se joignait une tentative de suicide. O..., après avoir, vers quatre heures du matin, blessé mortellement sa femme couchée près de lui, en la frappant au cou avec un couteau de relieur, se fit lui-même au cou trois blessu-



res, dont une assez profonde. Dans son premier interrogatoire, l'accusé rendit compte ainsi des faits :

« Depuis huit jours, j'étais sous l'empire de la maladie ;  
« je ne sais pas bien comment les choses se sont passées,  
« mais je me souviens que vers deux ou trois heures du  
« matin, je crus entendre devant la porte la voix de B... et  
« de R... ; je me levai ; j'allai voir, mais je ne trouvai  
« personne devant la porte. Je réveillai alors ma femme,  
« je lui dis : Entends-tu ? Ils sont là devant la porte ; ils  
« t'attendent avec leur voiture pour aller te promener, et  
« elle, la pauvre femme, qui ne se doutait de rien, répon-  
« dit : J'irai faire l'anglaise. Comme je lui faisais encore  
« quelques observations, elle finit par me répondre : Tu  
« m'embêtes ! En entendant ces paroles, une espèce de rage  
« me porta à lui donner le coup qui lui a été fatal. »

Dans les visites fréquentes que lui a faites M. le D<sup>r</sup> l'auby. O... ne s'est jamais démenti un seul instant et il n'a jamais varié dans ses aveux et dans ses récits. Il a toujours affirmé qu'il était malade quand il a tué sa femme, qu'une hallucination a armé son bras, et que, depuis huit jours, le sang l'étouffait. Il prétendait que si, comme il le demandait à son médecin, il avait été saigné, ce malheur ne serait pas arrivé. Il manifestait un chagrin qui parut réel. A la maison d'arrêt, aucune hallucination ne fut constatée, et même lorsque pour le mettre sur la voie de la simulation, M. le D<sup>r</sup> Dauby lui manifesta de l'étonnement de voir ce symptôme disparaître ainsi, O... répondit qu'il en était cependant ainsi. On ne constata à la maison d'arrêt ni inégalité pupillaire, ni tremblement musculaire, ni trouble de la sensibilité générale, mais les idées de grandeurs et de richesses persistaient. Tantôt il annonçait aux gardiens que, quand il sortirait, il ne tarderait pas à faire fortune, en allant acheter des chevaux en Corse, à bas prix, pour les revendre ensuite fort cher, tantôt il enrôlait ses codétenus pour ses opérations commerciales, tantôt il annonçait qu'il

venait d'inventer une méthode infailible pour apprendre la musique en huit jours.

Malgré ces symptômes, M. le Dr Dauby ne considère pas le prévenu comme « un aliéné dans l'acception propre du mot, mais seulement un prédisposé, un candidat à l'une des formes les plus graves de l'aliénation mentale. » Les phénomènes congestifs étaient incontestables chez le prévenu et l'excitation était encore accrue par les excès alcooliques. M. le Dr Dauby a considéré comme maladif l'entraînement à commettre des excès de boisson, et attribue les hallucinations à l'alcoolisme dont les effets peuvent s'ajouter à ceux de la paralysie générale, car les hallucinations ont disparu dès que le prévenu a été arrêté et cessé de se soumettre à l'influence toxique.

Les conclusions du rapport sont :

« 1<sup>o</sup> Félix O..., à l'époque où il a commis le meurtre, « présentait les symptômes précurseurs de la paralysie générale;

« 2<sup>o</sup> Il était en même temps sous le coup d'une intoxication alcoolique qui, dans les nuits du 18 et du 19 juin, a « provoqué des hallucinations de la vue et de l'ouïe;

« 3<sup>o</sup> Il a, en frappant sa femme, obéi à une impulsion « irrésistible ;

« 4<sup>o</sup> Aucune part de responsabilité légale ne nous paraît « devoir être laissée à sa charge. »

Ces deux derniers faits sont intéressants en ce qu'ils font voir des attentats contre les personnes commis par des individus présentant les symptômes du début de la paralysie générale. Or, si les vols commis par cette catégorie de malades sont fréquents, les attentats à la vie des personnes sont rares. On voit qu'ils ne sont pas sans exemple, mais le diagnostic de la folie peut présenter des difficultés parce que la maladie est à son début, et nous constatons que les experts mettent une certaine hésitation à donner un diagnostic précis. Dans l'affaire O..., l'accusé est déclaré

irresponsable. Il était certainement plus qu'un « candidat « à l'une des formes les plus graves de l'aliénation mentale, » car la prédisposition à la folie ne suffit pas pour entraîner l'irresponsabilité. On peut remarquer que, dans ce dernier cas, on signale une poussée congestive, phénomène signalé par M. le D<sup>r</sup> Blanche, comme la cause déterminante de l'attentat.

Nous terminerons dans cette revue notre série de faits relatifs aux attentats contre les personnes par l'analyse de trois rapports ayant trait à des faibles d'esprit. Deux de ces rapports sont communiqués par M. le D<sup>r</sup> Langlois, médecin en chef de Maréville; le troisième nous a été adressé par M. le D<sup>r</sup> Bonnet, directeur-médecin de l'asile de Châlons.

Le nommé B... qui, la veille, avait bu plus que de coutume, sans cependant manifester de signes d'ivresse, avait, vers cinq heures du matin et sans discussion préalable, frappé de plusieurs coups de couteau sa belle-sœur et sa sœur. La première victime avait été blessée mortellement. L'accusé était âgé de trente-trois ans; il avait eu dans sa jeunesse une fièvre typhoïde grave suivie de semi-surdité. M. le D<sup>r</sup> Langlois constata un véritable arrêt de développement des facultés intellectuelles coïncidant avec des déformations physiques. La face était aplatie et sans expression, la voûte palatine rétrécie, la voix nasillarde et la denture vicieuse; à la faiblesse intellectuelle étaient joints chez le prévenu une grande défiance et du délire des persécutions. B... croyait que sa famille voulait l'empoisonner et cette circonstance l'a déterminé à tuer pour ne pas être tué.

La mission du D<sup>r</sup> Langlois était délicate par suite d'une circonstance exposée dans son rapport, et nous citerons textuellement ce passage :

« Les D<sup>r</sup> R... et G..., qui ont été commis pour l'examiner  
 « avant nous, terminent leur rapport en disant : B... *n'est*  
 « *pas aliéné, et il est responsable*, puis ils ajoutent : Nous  
 « estimons que l'abaissement et la dépression de ses facul-  
 « tés intellectuelles, un certain degré d'extravagance dans  
 « ses idées prétentieuses doivent réduire notablement la  
 « culpabilité qu'il pourrait encourir.

« Ces conclusions entamées de réserve peuvent se résu-  
 « mer ainsi : B... ne jouit pas de l'intégrité de ses facultés  
 « intellectuelles, et il n'est que partiellement responsable.  
 « Or, devant un jury, la responsabilité limitée c'est le  
 « doute et conséquemment un acquittement pur et simple.  
 « Mais l'inculpé est frappé d'une débilité mentale qui est  
 « incurable, et en admettant que les idées de persécution  
 « aient disparu avec celle qui les avait fait naître, il restera  
 « toujours un infirme de l'intelligence sujet à récurrence aussi  
 « irritabile et vindicatif et qui, sous l'influence d'une cause  
 « occasionnelle, pourrait redevenir homicide.

« Le condamner avec une atténuation de la peine serait  
 « frapper un être qui n'a pas une conscience nette de son  
 « crime, qui ne pourrait comprendre la pénalité prononcée  
 « contre lui, puisque dans son rôle de persécuté il est inté-  
 « ricureusement convaincu qu'il a tué pour ne pas être tué,  
 « qu'il était pour ainsi dire en état de légitime défense ; il  
 « est donc de toute nécessité de le mettre dans l'impossibi-  
 « lité de nuire et sa place est dans un asile d'aliénés. »

Les conclusions sont :

« 1° B... est atteint du délire des persécutions greffé sur  
 « un état de semi-imbécillité ;

« 2° Cette débilité mentale est incurable ;

« 3° Au moment de l'acte incriminé, il ne jouissait pas  
 « de la plénitude de ses facultés ;

« 4° Il n'est pas responsable ;

« 5° On doit le considérer comme un aliéné très dange-  
 « reux et le traiter comme tel. »

Ces conclusions ont été admises par le magistrat instructeur; une ordonnance de non-lieu a été rendue, et B... a été placé d'office à Maréville.

Le nommé Z..., déjà précédemment condamné pour outrages aux agents et incendie par imprudence, avait été réformé du service militaire. Il avait essayé en vain diverses positions sociales, et avait fini par vivre dans l'oisiveté, exigeant sans cesse de l'argent de sa famille, et se livrant à des scènes violentes quand il éprouvait un refus. A la suite d'une de ces scènes, il avait tiré, sans blesser personne heureusement, deux coups de revolver sur les agents qui intervenaient. Comme dans le cas précédent, sa faiblesse intellectuelle était notoire, et il fut impossible de lui faire comprendre la gravité de ses actes; il avait, en outre, des antécédents héréditaires, et les conclusions du D<sup>r</sup> Langlois furent :

- « 1° Z... est un aliéné héréditaire;
- « 2° Il est atteint de débilité mentale caractérisée par  
« un arrêt de développement des facultés intellectuelles;
- « 3° Il y a abolition des sentiments affectifs;
- « 4° Il est incapable de dominer ses instincts pervers;
- « 5° Au moment de l'acte incriminé, il ne jouissait pas de  
« l'intégrité de ses facultés;
- « 6° Il n'est pas responsable. »

Une ordonnance de non-lieu fut rendue et Z... fut placé à Maréville.

Le nommé B... (Léopold), examiné par M. le Dr Bonnet, était poursuivi pour avoir commis des violences et voies de fait sur la personne de ses père et mère. Il s'adonnait à l'ivrognerie et avait eu, à une date antérieure, un accès de folie pour lequel le diagnostic de lypémanie avait été porté. Pour M. le Dr Bonnet, l'accusé appartenait à la classe des crétins. La circonférence de sa tête était de 70 centimètres, le diamètre antéro-postérieur de 38 centimètres et le diamètre bi-pariétal de 34 centimètres; la saillie des pom-

mettes, l'implantation des dents, la forme parabolique de la voûte palatine, la déformation rachitique du thorax et de l'omoplate corroboraient le diagnostic de première impression. B... avait toujours été un faible d'esprit et n'avait jamais pu faire qu'un manouvrier.

Les conclusions du rapport ont été :

« 1° B... (Léopold) est un semi-imbécile crétineux, sujet à des exacerbations périodiques de folie ;

« 2° Il n'est pas responsable de ses actes ;

« 3° Il doit être dans sa vie extérieure surveillé attentivement ; aux premières incartades de sa part, il devrait de suite être signalé à l'autorité administrative pour être interné dans un asile. »

Conformément à ces conclusions, une ordonnance de non-lieu fut rendue.

Nous aurons, dans notre prochaine revue, à aborder un autre ordre de faits. Mais nous pouvons aujourd'hui déduire de notre exposé que les cas où les magistrats s'écartent de l'opinion des experts désignés par eux pour déterminer l'état mental des accusés sont une véritable exception.

C'est qu'en effet les experts n'hésitent pas à laisser à l'accusé toute sa responsabilité quand ils ne le reconnaissent pas aliéné, et leurs études spéciales les rendent plus aptes que les magistrats à porter le diagnostic d'une maladie, fût-ce la folie.

---

---

## SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE

---

SÉANCE DU 28 JANVIER 1884.

Présidence de MM. MOTET et FOVILLE

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 24 décembre 1883.

*Rectification au procès-verbal.*

M. FALRET. — Dans une communication faite à la séance du 12 novembre 1883, j'ai cité une phrase de M. Billod, relative à la sortie des aliénés, M. Billod aurait dit : Je laisse sortir les aliénés, mais je ne les fais pas sortir. M. Billod a, en effet, exprimé cette opinion; mais, au lieu de l'appliquer à tous les aliénés en général, il n'avait en vue que les aliénés dangereux ayant manifesté des penchants irrésistibles, ou ayant déjà accompli des actes répréhensibles.

*Installation du bureau.*

M. MOTET. — Messieurs, lorsque l'année dernière, je suis venu prendre place ici, mes premières paroles vous ont exprimé ma reconnaissance pour le grand honneur que vous m'aviez bien voulu faire. Choisi par vous, je trouvais dans vos suffrages le témoignage de sympathies qui m'étaient précieuses, et dont j'avais le droit d'être fier. Je devais tout à votre bienveillance, je lui dois aujourd'hui l'une des années de ma vie médicale dont les souvenirs seront les meilleurs. Aussi, messieurs, je vous adresse, du fond du cœur, mes sincères remerciements.

Je cède le fauteuil à M. le Dr Foville. Notre excellent collègue n'accepterait pas que je fisse devant lui son éloge; mais j'ai bien le droit de dire qu'il a mérité la distinction dont vous l'avez honoré. Qu'il trouve dans cette fonction, dont vous savez, d'ailleurs, rendre les charges si légères,

les devoirs si faciles, la récompense de sa vie laborieuse, de sa carrière dans les asiles publics d'aliénés, de sa participation si utile, comme inspecteur général, aux travaux de la commission du Sénat chargée de la revision de la loi de 1838.

Cette année, messieurs, qui pour moi s'est enfuie si vite, a par vous été bien remplie. Les communications les plus intéressantes se sont succédé, ont fourni matière à d'importantes discussions. Je vous rappellerai le travail de M. Billod sur la conduite à tenir quand on est consulté par un sujet qui se croit menacé de folie, parce qu'il est issu de parents aliénés, question de déontologie que, avec votre expérience, vous n'avez pas voulu trancher par une formule absolue ; la lecture de M. Ch. Féré sur les hypnotiques hystériques considérées comme sujets d'expérience en médecine mentale ; les communications de M. Legrand du Saulle sur la question de l'hérédité morbide devant la cour d'assises ; sur l'état convulsif d'un jeune malade de son service ; vous avez entendu l'éloge de Parchappe par votre secrétaire général M. Ritti, et dans ces derniers temps vous vous êtes plus particulièrement occupés de la question des sorties des aliénés des asiles ; sur ce point, M. J. Falret vous a nettement posé les têtes de chapitre, vous conviant, en quelque sorte, à continuer une discussion qui reste ouverte, et enfin, vous avez entendu M. Ballet, vous présenter sur l'étiologie de l'ataxie locomotrice des considérations du plus haut intérêt scientifique. Il n'est que juste, messieurs, de rappeler les rapports de candidature qui vous ont été lus, et dont les auteurs loin de se borner à une sèche analyse, ont étudié avec le plus grand soin, ont présenté avec des développements critiques de la plus haute importance, les travaux des médecins qui sollicitaient l'honneur de faire partie de votre compagnie.

A ce dernier titre, messieurs, la Société médico-psychologique ne peut que se féliciter. Elle a reçu à bras ouverts, des hommes jeunes, laborieux, qui lui apportent avec leur activité, leur ardent amour du travail, une poussée de sève nouvelle, MM. Gilbert Ballet, Féré, Vallon, Pierret, Calixte Rouget, Millet, sont aujourd'hui des nôtres, et le cordial accueil qu'ils ont reçu de nous leur aura prouvé en quelle estime nous tenions leurs travaux, comme il leur aura fait pressentir que nous comptons sur eux.



A l'étranger, on tient aussi à honneur de recevoir le titre de membre associé. — Notre liste déjà longue, et sur laquelle sont inscrits les savants les plus distingués, s'est complétée cette année par la nomination de MM. de Castro, de Constantinople; Peeters, de Gheel; Obersteiner fils, de Vienne; Frigerio, de Bergame; Texeira Brandao, de Rio-de-Janeiro; Milan Vassitch, de Serbie.

Si nous avons eu nos joies, messieurs, nous les avons payées par des deuils cruels. Nous avons perdu Lasègue, et le souvenir de cet homme supérieur, dont vous connaissiez les rares qualités de l'esprit et du cœur, reste vivant au milieu de nous. Disparu, nous le cherchons toujours; il manque à notre sincère affection, comme il manque à nos séances où il apportait, avec l'autorité de sa parole, la lumière dans nos discussions. Vous voudrez qu'on vous parle de lui dans un langage digne de lui, et ce sera justice de permettre à votre secrétaire général de vous prononcer son éloge dans l'une de vos séances solennelles.

L'un des fondateurs de notre Société, M. le Dr Carrière, a succombé il y a quelques mois. Il s'était depuis bien longtemps éloigné de nous, mais nous ne devons pas oublier qu'il a été l'un des ouvriers de la première heure, et non l'un des moins dévoués. M. Bonnefous, de Leyme, et M. Petit, de Nantes, membres correspondants, nous ont été enlevés aussi cette année; c'étaient des hommes de bien, des hommes de devoir, toute leur vie s'est passée au milieu des aliénés pour lesquels leur dévouement a été sans bornes. Je leur adresse, en votre nom, l'expression de nos sincères regrets.

Et maintenant, messieurs, j'ai l'honneur d'appeler M. Foville à prendre place au fauteuil de la présidence.

M. FOVILLE. — Messieurs et chers collègues, une excellente tradition veut que le premier acte d'un président de Société, entrant en fonctions, consiste à proposer un vote de remerciements en faveur du président sortant. C'est un devoir dont je m'acquitte, ici, avec d'autant plus de plaisir que mon honorable prédécesseur et ami, M. le Dr Motet, a des titres tout particuliers à la reconnaissance de la Société médico-psychologique de Paris.

La plupart d'entre vous savent, en effet, mais ceux-là mêmes me sauront gré de le leur rappeler, que pendant

dix-sept ans de suite, M. le D<sup>r</sup> Motet vient de faire partie du bureau de la Société, et que son rôle n'a jamais cessé d'y être fort actif.

En 1866, la Société eut à nommer deux secrétaires des séances, au lieu d'un seul. Elle confia l'un de ces postes à M. Motet; j'eus l'honneur d'être nommé à l'autre. Pendant six années nous nous appliquâmes, côte à côte, à reproduire exactement l'esprit et la lettre de vos travaux, et cette longue collaboration a laissé, chez moi du moins, le plus agréable souvenir.

En 1873, M. Motet devint Secrétaire général de la Société, et il a rempli, jusqu'à la fin de 1884 ce poste, le plus important du bureau, avec le zèle et la distinction que vous savez. C'est à ce titre qu'il a représenté officiellement la Société médico-psychologique au Congrès de Londres, d'où il a rapporté l'intéressant mémoire sur l'asile de Broadmoor, auquel le récent projet de revision de la loi du 30 juin 1838 a donné tant d'actualité, et sur lequel le rapporteur de ce projet devant l'Académie de médecine, notre collègue, M. le D<sup>r</sup> Blanche, s'est surtout appuyé pour recommander la création, en France, d'un asile spécial pour les aliénés dits criminels.

M. Motet n'avait plus qu'à remplir les fonctions de Vice-Président et de Président de la Société; il l'a fait de manière à réunir tous les suffrages.

Nous lui devons, vous le voyez, Messieurs, nos meilleurs remerciements; s'il quitte aujourd'hui le bureau, personne ne doute qu'il ne reste un des membres les plus assidus de nos séances et qu'il ne continue à faire largement profiter la Société de sa grande expérience de toutes les choses relatives à l'aliénation mentale, et de sa compétence toute spéciale dans les questions médico-légales.

Après avoir remercié mon prédécesseur, permettez-moi, Messieurs et chers collègues, de faire appel à votre bienveillance pour moi et pour M. le D<sup>r</sup> Dagonet qui prend place à côté de moi au bureau. Nous ne négligerons rien pour maintenir à leur hauteur habituelle les travaux de la Société médico-psychologique qui, après trente-cinq ans d'existence, est assez heureuse pour voir réunis dans son sein les maîtres vénérés qui nous ont donné l'exemple du travail, les hommes du présent, qui se sont efforcés de suivre la voie qui leur avait été ainsi ouverte, et les jeunes

confrères, garantie de l'avenir, qui ne manqueront pas de maintenir et de relever encore le rang élevé que la médecine aliéniste française n'a jamais cessé d'occuper dans la connaissance et l'étude des maladies mentales.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

M. LE PRÉSIDENT informe la Société que MM. les D<sup>rs</sup> Dehoux, directeur de l'école de médecine de Port-au-Prince (Haïti), et Perez, directeur de l'Institut phrénopathique de Buenos-Ayres assistent à la séance.

Le dépouillement de la correspondance comprend :

1<sup>o</sup> Un travail du D<sup>r</sup> Despine, de Marseille : *De la science du cœur humain ou psychologie des sentiments et des passions d'après les œuvres de Molière.*

2<sup>o</sup> Une lettre de M. le docteur Rey, médecin adjoint à l'asile de Ville-Evrard, qui sollicite le titre de membre correspondant de la Société. Une commission composée de MM. Espiau de Lamaestre, Bigot, Paul Garnier, est nommée pour examiner les titres et travaux du candidat.

3<sup>o</sup> Une circulaire de M. Ingels, secrétaire du comité des médecins aliénistes belges organisé pour l'érection d'une statue en l'honneur du D<sup>r</sup> Guislain, invitant la Société médico-psychologique à participer à la souscription.

La circulaire est renvoyée au conseil de famille.

4<sup>o</sup> La *Revue sanitaire de Bordeaux*;

5<sup>o</sup> Le *Bulletin du manicomie de Fleurent*;

6<sup>o</sup> Le n<sup>o</sup> 4 du *Bulletin de Sienné*.

M. MOTET présente au nom de M. Virgilio, membre correspondant étranger, un compte rendu scientifique et administratif de l'asile d'aliénés d'Aversa 1877-1881, et se propose de l'analyser dans une des prochaines séances de la Société.

Une communication de M. Motet, au nom de M. Régis, sur les tracés graphiques révélant les oscillations de la folie à double forme est renmise à une prochaine séance.

*Prix Esquirol.*

Un seul mémoire est présenté, cette année, pour le prix Esquirol; il a pour titre : *Du délire hypochondriaque dans quelques formes d'aliénation mentale.*

Ce mémoire est renvoyé à une commission composée de MM. Baillarger, Lunier, Mitivié, Bouchereau et Ballet.

### *Prix Aubanel.*

Deux mémoires sont envoyés pour le prix Aubanel :

Le mémoire n° 1, avec l'épigraphe : *Feci quod potui.*

Le mémoire n° 2, avec l'épigraphe : « Dans la presque totalité des cas, la folie est un état de dégénérescence. »

M. DAGONET propose que la commission, chargée d'examiner ces travaux, soit nommée au scrutin par la Société.

M. CHRISTIAN fait remarquer que, dans les règlements du prix Aubanel, la nomination de la commission au scrutin secret est prévue.

La commission est composée de .

MM. Legrand du Saunle, 22 voix.

Falret, 18 voix.

Magnan, 18 voix.

Cotard, 15 voix.

Garnier, 12 voix.

### *Rapports de candidature.*

M. MAGNAN. — Messieurs, vous avez chargé une commission composée de MM. Bouchereau, Ritti et Magnan, pour examiner les travaux de M. Briand, candidat au titre de membre titulaire de la société médico-psychologique.

M. Briand vous est déjà connu. Dès 1881, alors qu'il était encore interne en médecine à Sainte-Anne, nous l'avons nommé membre correspondant à la suite d'un rapport justement élogieux d'une de nos commissions. Sans vouloir revenir sur les termes de ce rapport consigné dans les *Annales médico-psychologiques* (séance du 25 juillet 1881), nous demandons la permission de rappeler que M. Briand avait dès cette époque donné des preuves d'une instruction solide et d'un sens clinique très développé.

Depuis, le candidat ne s'est point départi de la tâche qu'il s'était tracée dans sa thèse inaugurale ; poursuivant, en effet, ses recherches sur « le délire aigu », il présentait un peu plus tard, pour le prix Aubanel, un nouveau mémoire sur les altérations du sang dans cette grave affection. M. Charpentier, rapporteur du prix, a donné dans la

séance solennelle du 14 avril 1882 un résumé de ce travail sur lequel j'insisterais volontiers eu égard à l'actualité du sujet, si je n'étais retenu par la crainte d'abuser des instants de la Société. Vous vous souvenez en effet que M. Briand, sur sept observations de délire aigu qu'il a rapportées, a pu constater trois fois la présence d'organismes parasitaires dans le sang de ces malades. En résumé, disait le rapporteur du prix Aubanel, ce travail nous présente un fait absolument nouveau. La méthode avec laquelle il a été poursuivi, indique avec quel esprit de rigueur scientifique l'auteur a dirigé ses recherches. Les réserves constantes qu'il fait à l'égard des entraînements de déductions trop hâtives, nous sont un sûr garant que son auteur n'a d'autre but que la constatation d'un fait vrai.

Vous savez, messieurs, qu'en vertu d'une délibération du conseil général, M. le préfet a décidé qu'il serait accordé tous les deux ans, à partir de 1882, une bourse de voyage de deux mille francs à l'interne que le concours désignerait parmi les internes en médecine des asiles de la Seine. Cette bourse est l'analogue de la médaille d'or accordée depuis longtemps aux internes des hôpitaux.

Ce prix a été décerné pour la première fois en 1882 à M. Briand qui, sous peu, nous fera connaître le résultat de son voyage scientifique dans un rapport « contenant, aux « termes du concours, ses appréciations sur l'organisation « des asiles d'aliénés qu'il a visités et sur les divers modes « de traitement en usage dans ces établissements. »

Plusieurs vues photographiques de ces différents asiles donneront à la description un intérêt tout particulier.

Parmi les épreuves du concours de la bourse de voyage est compris un mémoire; celui de M. Briand a pour titre « de la dipsomanie » et contient plusieurs faits fort curieux, mais ce mémoire n'étant pas encore publié, je ne puis que le signaler. Je ne ferai également qu'indiquer les leçons de votre rapporteur sur l'épilepsie, qu'il a recueillies et publiées dans le *Progrès médical*.

Ces différents travaux n'ont pas empêché M. Briand de collaborer à la *Revue des sciences médicales* et aux *Archives de neurologie*, où il publie depuis la fondation du journal un compte rendu, fort apprécié, des séances de notre Société.

Le candidat est médecin inspecteur adjoint des asiles

d'aliénés du département de la Seine, médecin adjoint de Sainte-Anne et est en outre chargé des fonctions provisoires de médecin en chef du nouvel asile de Villejuif à l'installation médicale duquel il va procéder.

M. Briand, vous le voyez, est depuis longtemps un des nôtres et nous vous demandons de vouloir bien par votre vote changer son titre de membre correspondant en celui de membre titulaire.

Les conclusions du rapport de M. Magnan sont adoptées et M. Marcel Briand est, à l'unanimité, nommé membre titulaire.

M. MAGNAN. — Messieurs, une commission composée de MM. Foville, Motet et Magnan a été chargée de faire un rapport sur les travaux de M. le Dr Carrier (Albert), médecin de l'hospice de l'Antiquaille et agrégé de la Faculté de médecine de Lyon, qui désire faire partie de notre société à titre de membre correspondant.

M. Carrier, ancien interne des hôpitaux de Lyon, est un aliéniste d'ancienne date, car depuis seize ans déjà il est médecin de l'asile d'aliénés de Saint-Vincent de Paul. Cette importante situation ne l'a pas empêché de prendre part au concours des hôpitaux de Lyon dont il est médecin depuis 1872, ce qui lui a permis depuis deux ans d'être chargé du service spécial des maladies nerveuses de l'hospice de l'Antiquaille.

Nommé en 1877 agrégé de la Faculté, il a été chargé pendant trois ans, de 1878 à 1880, du cours de pathologie mentale à la Faculté et dans le semestre d'été 1880, il a suppléé le regretté professeur Arthaud.

Il a fait, en outre, un cours clinique sur les maladies nerveuses à l'hôpital de la Croix-Rousse, et l'année dernière il a inauguré dans son nouveau service de l'Antiquaille un enseignement dont on peut apprécier la valeur et prévoir le brillant avenir par la lecture des leçons sur l'épilepsie qu'il a professées l'année dernière et dont un exemplaire a été déposé sur le bureau de la société (Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent, par Albert Carrier, recueillies par M. Laurencin. Lyon, 1883).

Dans une introduction claire et méthodique, M. Carrier donne un lumineux aperçu des fonctions du système ner-

veux et des localisations cérébrales, ce qui lui permet de discuter avec fruit les théories les plus récentes sur l'épilepsie ; il entre ensuite de plain-pied dans le sujet, faisant ressortir l'importance de l'aura, de ce phénomène révélateur de la partie faible, de la région sur laquelle vient frapper tout d'abord la décharge épileptique.

Passant à la description de la grande attaque, il s'est appliqué à analyser les différentes phases de ce drame pathologique, non sans avoir mis à contribution tous les travaux de physiologie expérimentale et de clinique.

Très hardi d'allures et cependant observateur scrupuleux et sagace, il profite de toutes les données fournies par la science, mais sans jamais perdre de vue le lit du malade ; théoricien à ses moments, mais avant tout profondément clinicien, il n'admet comme démontré que tout ce qui est consacré par l'observation directe du sujet.

M. Carrier parle ensuite du vertige ou petit mal, et fait ressortir par des exemples bien choisis toute l'importance de cette manifestation, si bénigne en apparence, et pourtant parfois si grave dans ses conséquences.

Puis il étudie les troubles intellectuels avant, pendant et après l'accès, et à propos de l'épilepsie larvée, il fait remarquer, avec raison, que l'expression d'épilepsie psychique répondrait mieux aux faits, surtout si l'on admet dans la production des phénomènes épileptiques la théorie de Hughlings Jackson : la décharge épileptique ne frapperait, dans ce cas, que les centres supérieurs ; le choc cérébral serait ainsi limité à la région psychique.

Les leçons suivantes sont consacrées à la folie épileptique, dont les caractères généraux, nettement exposés, permettent de la distinguer des autres formes de folies ; cette étude de diagnostic différentiel conduit naturellement le professeur à s'occuper de la coexistence chez le même sujet de plusieurs délires d'espèce différente.

L'état mental habituel des épileptiques et la démence qui est la conséquence de la grande névrose convulsive forment l'objet d'une étude spéciale, et M. Carrier se plaît à rendre hommage aux remarquables travaux de notre savant et sympathique collègue M. J. Falret.

Dans l'étiologie, qui occupe une large place, une part considérable est attribuée à l'hérédité dans le développement de la maladie ; l'hérédité directe, contrairement à

l'opinion de quelques auteurs, exerce elle-même son action dans quelques cas.

Enfin, une dernière leçon est consacrée à l'épilepsie réflexe, à l'épilepsie idiopathique et au traitement.

Cet aperçu rapide nous donne une idée de ce qu'est l'enseignement clinique de l'Antiquaille; le cours théorique professé par M. Carrier n'est pas moins intéressant, il est actuellement en voie de publication et formera un manuel de pathologie mentale.

Parmi les autres travaux du candidat, nous signalerons encore une « Étude sur la localisation dans le cerveau de la faculté du langage articulé. » C'est en 1867, époque où la question de la localisation de la faculté du langage était si ardemment discutée, que ce travail a été publié, inspiré d'ailleurs par Broca. L'auteur s'y est appliqué à l'aide de faits cliniques, à démontrer le siège de la faculté du langage, mais guidé déjà par la méthode rigoureuse dont il ne s'est jamais départi, il ajoutait après avoir indiqué la partie postérieure de la troisième circonvolution frontale gauche, qu'il y avait lieu de rechercher si ce siège ne devait pas être étendu à une plus grande portion de la circonvolution d'enceinte et même au lobule de l'insula. Ces prévisions formulées il y a dix-sept ans ont, vous le savez, pleinement été justifiées par les recherches ultérieures.

Je ne vous parlerai pas, Messieurs, de nombreux faits publiés par le candidat dans le *Lyon médical*, je rappellerai simplement en terminant qu'il a traduit et annoté l'ouvrage de M. le Dr Gowers, ayant pour titre : « De l'épilepsie et autres maladies convulsives chroniques. » Cette traduction vulgarisera en France les belles recherches de l'auteur anglais, qui méritent à juste titre de devenir classiques.

Faut-il ajouter, Messieurs, que la commission est unanime à vous proposer d'accorder vos suffrages à notre laborieux et savant confrère de Lyon ?

Les conclusions<sup>es</sup> du rapport de M. Magnan sont adoptées, et M. Carrier est, à l'unanimité, nommé membre correspondant.



*Discussion sur l'ordre du jour.*

La communication de M. Aug. Voisin sur l'influence des professions dans le développement de l'aliénation mentale est remise à la séance prochaine.

M. FALRET fait remarquer que les questions administratives sur les aliénés n'ont pas été toutes examinées. Ainsi l'on n'a pas examiné le genre de surveillance que l'on pourrait exercer sur les aliénés confiés aux soins de leur famille. Ce point de vue mérite l'attention de la Société.

Après discussion sur le titre,

M. FOVILLE propose de mettre à l'étude la question suivante : Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés en dehors des établissements spéciaux, publics et privés.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1884.

Présidence de M. FOVILLE

Lecture et adoption du procès-verbal de la séance du 28 janvier 1884.

*Correspondance et présentation d'ouvrages.*

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. Motet qui s'excuse de ne pas pouvoir assister à la séance.

2° Des lettres de remerciement adressées par M. Briand nommé membre titulaire et par M. Carrier nommé membre correspondant.

3° Une lettre de M. Ladame, de Dombresson, canton de Neuchâtel (Suisse), demandant à faire partie de la Société médico-psychologique comme membre associé étranger et adressant à l'appui de sa candidature les ouvrages suivants :

*La névrose hypnotique et le magnétisme animal.*

*Tumeurs de la protubérance.*

*Suicides en Suisse.**Les enfants illégitimes en Suisse.*

Une commission composée de MM. Delasiauve, Christian, Ballet rapporteur, est désignée pour examiner les titres et travaux scientifiques de M. Ladame.

4° Une lettre de M. Perez, directeur de l'Institut phrénopathique de Buenos-Ayres, demandant le titre de membre associé étranger de la Société médico-psychologique.

La même commission est chargée de faire un rapport sur la candidature de M. Perez.

5° Une circulaire de M. le Ministre de l'instruction publique, informant la Société de la réunion des sociétés savantes à la Sorbonne dans le courant d'avril.

6° *Le bulletin du manicomie de Fleurent.*

M. FOVILLE dépose sur le bureau une *Etude comparative sur les législations étrangères, en ce qui concerne les aliénés traités à domicile*, travail lu à l'Académie de médecine en décembre 1883.

M. BLANCHE dépose sur le bureau un travail *Sur les projets de réforme relative à la législation des aliénés*. Ce travail a été présenté à l'Académie de médecine par M. Blanche, rapporteur, au nom d'une commission composée de MM. Baillarger, Brouardel, Lunier, Luys et Mesnet.

*Rapport sur la gestion financière.*

M. LEGRAND DU SAULLE. — Je me suis laissé dire qu'il y avait des budgets très difficiles à équilibrer. Je ne tiens pas à savoir si le fait a pu parfois se trouver vrai, mais ce que je suis heureux de vous certifier, c'est que la Société médico-psychologique possède des finances prospères. Jugez-en plutôt :

1° *Caisse de la Société.* — Au 31 décembre 1883, toutes les dépenses payées, nous avons en caisse une somme de 5,844 francs 25 centimes, représentée par rente 3 p. 400 4,095, 05 et espèces 1,746 fr. 20 c.

2° *Caisse Aubanel.* — Nous avons terminé l'année avec une somme disponible de 3,794 fr. 45. Nous sommes donc parfaitement à même, suivant nos prévisions des années précédentes, de décerner prochainement, s'il y a lieu, le prix de 3,600 fr. qui a été annoncé.

3° *Caisse Belhomme.* — Cette nouvelle caisse renfermait,

au 31 décembre dernier, une somme de 525 francs. Laissons encore grossir nos arrérages et nous aurons bientôt, je l'espère, à couronner quelque travailleur très méritant.

Nous nous suffisons à nous-mêmes et au delà, nous n'avons point de passif, et, en réunissant les sommes déposées dans nos trois caisses, nous arrivons à un total général de 10,160 fr. 70 c.

Ces résultats financiers me conduisent tout naturellement à vous proposer de voter des remerciements à notre zélé trésorier, M. Auguste Voisin.

Ces conclusions sont mises aux voix et adoptées.

### *Rapport de candidature.*

M. Paul GARNIER. — Messieurs, vous avez chargé une commission, composée de MM. Espiau de Lamaestré, Bigot et Paul Garnier, de vous présenter un rapport sur la valeur des travaux de M. Rey, médecin adjoint de l'asile de Ville-Evrard, candidat au titre de membre correspondant de la Société médico-psychologique.

Ancien interne des asiles de la Seine, M. Rey s'est acquis de bonne heure des droits au bienveillant accueil qu'il espère trouver parmi vous.

Dès 1873, en effet, au cours de son internat à l'asile Sainte-Anne, il faisait paraître dans les *Annales médico-psychologiques* un mémoire ayant pour titre : *Considérations cliniques sur quelques cas d'ataxie locomotrice dans l'aliénation mentale*, travail qui décèle un esprit scientifique du meilleur aloi, un réel talent d'observation. Préoccupé, en premier lieu, de préciser l'état actuel de la question, il formule, après un rapide inventaire, les données cliniques qui semblent se dégager des faits publiés jusqu'alors : 1° dans les cas d'ataxie locomotrice simple, l'intégrité des facultés intellectuelles est la règle ; 2° le tabes dorsalis peut se compliquer de divers troubles de l'intelligence, depuis l'affaiblissement simple jusqu'au délire le plus complet ; 3° lorsque cette complication existe, c'est, le plus souvent, la paralysie générale qui est en cause.

M. Rey expose ensuite le résultat de ses propres observations et relate d'abord l'histoire de trois malades chez lesquels il a nettement constaté cette dualité morbide, paralysie générale et tabes dorsalis ; l'incoordination motrice

ayant toujours précédé, d'un temps variable, l'apparition des troubles intellectuels et physiques propres à l'encéphalite interstitielle diffuse. Ces faits sont nettement présentés et l'un d'eux se corrobore du contrôle nécropsique.

Mais la paralysie générale n'est pas la seule affection mentale qui puisse survenir comme complication de l'ataxie locomotrice et M. Rey a rencontré, en dehors de l'encéphalite chronique diffuse, trois fois l'affaiblissement simple des facultés, une fois la lypémanie, un état de démence avec accès maniaques, une autre fois, enfin, un délire passager.

Assurément, le développement de ces troubles intellectuels peut être le fait d'une pure coïncidence, l'ataxie locomotrice ne créant point une immunité contre l'aliénation mentale et M. Rey a d'autant plus raison de faire cette réserve, eu égard à la subordination de la seconde à la première de ces affections, que souvent, l'une comme l'autre, puisent leur origine dans des conditions prédisposantes identiques, ainsi que M. G. Ballet nous le démontrait dans une récente communication.

Quoi qu'il en soit, l'auteur croit qu'en dehors de toute extension de la lésion médullaire à l'encéphale, l'ataxie locomotrice peut engendrer elle-même des perturbations psychiques, par répercussion sur les centres nerveux de certains symptômes tubérotiques, tels que les fourmillements incessants, les douleurs térébrantes ou fulgurantes, sans parler des causes morales, au nombre desquelles il est bien permis d'indiquer le chagrin qu'engendre fatalement une longue maladie et les déceptions que suscite une thérapeutique impuissante. Le fait capital, en ces sortes de questions, où une maladie primitive est invoquée comme cause d'une affection deutéropathique, consiste dans la constatation précise d'un rapport étroit, entre leurs doubles manifestations. A ce point de vue, quelques-uns des cas cités par M. Rey sont des plus probants, les troubles de la sensibilité paraissant bien réellement servir d'aliment aux phénomènes hallucinatoires, car les interprétations délirantes cessaient, dès que les douleurs fulgurantes, par exemple, s'étaient atténuées ou avaient disparu.

Médecin d'un asile considérable, où les éléments d'instruction abondent, M. Rey eut à cœur de prouver qu'il entendait mettre à profit ce vaste champ de recherches. On

sait quel appoint vraiment colossal la paralysie générale fournit à la population de cet établissement et, certes, cette agglomération constitue pour l'observateur curieux et attentif des ressources d'une richesse presque incomparable...

Dans le numéro de juillet 1882 des *Annales médico-psychologiques* se trouvent consignés les résultats de l'examen d'une série de quinze cerveaux de paralytiques généraux. M. Rey s'occupe surtout, dans ces recherches, des lésions microscopiques, et d'une façon plus spéciale de cette variété d'altération, caractérisée par la séparation de la substance grise corticale de la substance blanche sous-jacente, signalée par M. Baillarger. La détermination du siège de cette dissociation des deux substances est ici nettement précisée; elle a toujours été trouvée sur les lobes frontaux et particulièrement sur leur moitié antérieure, tant dans les anfractuosités que sur les reliefs des circonvolutions, ainsi que sur le lobule de l'insula et dans le fond de la scissure de Sylvius. Cette lésion est bien spéciale à la paralysie générale, car elle a été recherchée inutilement sur un assez grand nombre de cerveaux d'individus atteints d'affections mentales diverses: délire chronique, épilepsie, démence sénile, démence apoplectique.

De nombreux et lointains voyages ont permis à M. Rey d'étudier sur place l'organisation hospitalière du service des aliénés dans la plupart des pays qu'il a visités, et il a eu l'heureuse et utile pensée de faire bénéficier les lecteurs des *Annales médico-psychologiques* des notes qu'il a recueillies: « 1° L'hospice Pedro II et les aliénés au Brésil; 2° Notes sur quelques asiles d'aliénés de l'Amérique du sud, du Portugal et de l'Espagne; 3° Asiles d'aliénés de l'Autriche, la Hongrie et de la Bavière: » telles sont les différentes relations de voyage que nous a laissées M. Rey, en nous initiant aux nombreux perfectionnements que ces divers pays ont apportés, depuis une date récente, dans l'hospitalisation des aliénés et dans la législation dont ils sont l'objet.

Au cours de son étude sur l'aliénation mentale au Brésil, l'auteur signale incidemment une maladie spéciale aux pays chauds et qui s'accompagne parfois de troubles nerveux et intellectuels remarquables, c'est l'*hypoémie inter-tropicale avec opitacao*. Cette affection, très commune dans

cès contrées, est caractérisée anatomiquement par la présence de l'ankylostome duodénal; les malades ont des dépravations de l'appétit qui les poussent à manger de la terre, de l'argile et autres substances absolument impropres à la nutrition; ils ont des altérations de la sensibilité générale, anesthésie ou hyperesthésie, quelquefois des vertiges, une grande paresse intellectuelle; enfin, on a noté l'hypochondrie et la mélancolie avec tendances au suicide.

C'est encore de ce même pays que M. Rey, toujours préoccupé de l'idée de réaliser une œuvre utile au cours de ses voyages, a rapporté l'écorce d'un arbre appartenant à la famille des légumineuses, l'*erythrina corallodendron*, plus connu parmi les indigènes sous le nom de *mulungu*, usitée par les médecins brésiliens comme sédatif du système nerveux et hypnotique, mais que ceux-ci n'ont pas songé à utiliser dans les affections mentales.

Les intéressants résultats obtenus expérimentalement par M. Rey, aidé de M. Bochefontaine, l'ont engagé à faire l'essai de cette substance dans les cas d'agitation et d'insomnie chez les aliénés des deux sexes, atteints de différentes formes de troubles mentaux. Si les effets observés ne sont pas de nature à faire considérer ce médicament comme un agent calmant et hypnotique de premier ordre, il n'en est pas moins vrai que son action sédative s'est nettement manifestée dans le plus grand nombre des cas; l'un des phénomènes les plus remarquables est le ralentissement du pouls, bien que la température n'ait subi aucune modification appréciable; ce résultat est déjà, à lui seul, digne d'attirer l'attention sur cette substance et de solliciter des recherches plus complètes.

De nombreuses et intéressantes observations insérées, pour la plupart, dans les Archives cliniques des *Annales médico-psychologiques*, principalement dans le cours de ces deux dernières années, viennent encore témoigner du zèle scientifique déployé par notre laborieux confrère. Forcé de restreindre ce compte rendu et bien que plusieurs de ces faits mériteraient plus qu'une simple mention, je me bornerai à les énumérer: 1° tumeur du cerveau avec aliénation mentale; 2° hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général; 3° un cas de paralysie générale tardive; 4° rémission de paralysie générale;

5° un cas de paralysie générale héréditaire ; 6° méningite cérébro-spinale tuberculeuse avec pachyméningite hémorrhagique.

Messieurs, cet exposé des travaux de l'honorable candidat, si écourté et si imparfait qu'il soit, vous permet néanmoins d'apprécier ses véritables mérites, et c'est en toute confiance que votre commission vous propose de lui décerner le titre qu'il sollicite.

Les conclusions du rapport de M. Garnier sont adoptées, et M. Ph. Rey est, à l'unanimité des membres présents, nommé membre correspondant de la Société.

*De la présence des bactéries dans le sang des malades atteints de délire aigu.*

M. AUG. VOISIN. — Dans le rapport sur la candidature de M. Briand lu dans la dernière séance, il a été dit que M. Briand avait rencontré des bactéries dans le sang des aliénés atteints de délire aigu. Je ne crois pas que nous devions accepter cette assertion sans réserve. Pour ma part, j'ai observé des bactéries dans le sang de quelques malades atteints de paralysie générale; mais il s'agissait de malades ayant des escharres, ce qui permettait de supposer une communication de la plaie avec la circulation veineuse et d'interpréter ainsi la présence des bactéries dans le sang.

M. BOUCHEREAU. — Les organismes décrits par M. Briand ne sont pas analogues à ceux que l'on rencontre dans le pus, mais bien dans les maladies infectieuses, ex. : la fièvre typhoïde. M. Briand n'ayant pas été informé de la communication de M. Voisin, ne peut répondre : on pourrait remettre la discussion à la prochaine séance.

*Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat (suite et fin).*

M. AUG. VOISIN cite deux cas de femmes hystériques, qui ont succombé dans son service à des accidents confirmés de phtisie pulmonaire, ce qui prouve contre l'opinion émise par un membre, dans la dernière séance, qui n'admettait pas la tuberculose chez les hystériques.

M. BALLET. — C'est moi qui ai parlé de fausse tubercu-

lose, mais je n'ai jamais nié la tuberculose vraie chez les hystériques. J'ai fait allusion aux symptômes de la maladie dont M. Taguet nous avait entretenus, et j'avais fait remarquer que ces symptômes me paraissaient se rapporter à la fausse tuberculose ; le fait n'est pas rare de voir chez des hystériques des symptômes simulant ceux de la tuberculose ; la revue de l'*Encéphale*, je crois, en relatait un cas récemment et j'ai l'occasion d'en voir plusieurs cas dans le service de M. Charcot.

*Aliénation mentale consécutive à l'intoxication  
par le sulfure de carbone.*

M. AUGUSTE VOISIN. — Notre honorable collègue, le Dr Charpentier, nous ayant entretenus de l'influence des professions sur les maladies mentales, je crois que la relation de deux cas d'aliénation mentale contractée dans l'industrie du caoutchouc soufflé que j'ai eu l'occasion d'observer pourra intéresser la société.

Le premier est relatif à une jeune femme qui est entrée récemment dans mon service de la Salpêtrière.

Obs. I, *recueillie par M. Gomet, interne du service. Durée de la maladie : trois mois.*

La nommée Malq., (Marie), âgée de 24 ans, ouvrière dans une fabrique de ballons en caoutchouc, est entrée le 13 octobre 1883, section Rambuteau.

Renseignements donnés par le fiancé de la malade (14 octobre) :

Malq... était à Paris depuis quatre mois. Il y a trois semaines qu'elle habitait chez un de ses oncles où elle était descendue à son arrivée. Maltraitée par cet oncle, elle alla habiter avec son fiancé. Elle était d'un caractère doux, et très laborieuse; elle est sobre.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents ni héréditaires ni personnels.

Son père vit encore, il est bien portant ; sa mère est morte à 28 ans (suites de couches).

Elle a eu la fièvre typhoïde à l'âge de 6 ans, guérison complète; est accouchée, il y a sept ou huit mois, d'un enfant né à terme, qui mourut quatre jours après. L'accouchement n'a rien présenté d'anormal.



Ne trouvant pas à se placer comme domestique, elle entra, vers le 15 septembre dans une fabrique de ballons en caoutchouc soufflé. Elle était spécialement chargée de la vulcanisation des ballons.

L'atelier est situé sous un hangar rectangulaire, d'une longueur de 30 mètres environ sur 7 ou 8 de largeur et de la hauteur d'une chambre ordinaire. Ce hangar est ouvert sur deux de ses côtés, sur un grand et sur un petit; il contient dix-huit à vingt ouvrières travaillant deux à deux, l'une plongeant les ballons dans la solution, l'autre les gonflant. Chaque couple avait sur sa table quatre à six récipients contenant chacun deux litres d'une solution de sulfure de carbone.

Elle entra à l'atelier le matin à 6 heures et demi, avait une heure à midi pour aller déjeuner et sortait le soir à 7 heures. Se nourrissait bien.

Huit jours après son entrée dans cette fabrique, elle se plaignit de céphalalgie, étourdissements, vertiges, crampes et picotements dans les mains et les pieds.

Un jour, le 9 octobre 1883, elle est entrée chez la propriétaire en disant qu'on l'accusait d'avoir volé des ballons, qu'elle voyait des agents derrière elle qui la poursuivaient.

On la fit coucher et on appela un médecin qui conseilla de la conduire à l'hôpital Necker. Le lendemain, on la conduisit à Sainte-Anne, d'où elle a été transférée à la Salpêtrière.

Etat au jour de l'entrée (11 octobre) : agitation considérable ; actes et paroles incohérents.

Pupilles très dilatées, égales, contractiles à la lumière artificielle, paraît bien voir et bien entendre, traits réguliers, oreilles bien faites, pas de goitre.

Rien à l'examen des viscères.

Elle chante : « Ah ! on voudra, tra la la, je ne l'aurai pas, on ne paiera pas les médecins, ça ne fera rien, voulez-vous me faire signer ? ça sera pour mon café, mettez son ballon dans son c... etc., etc..., tra la la. Mon oncle est un vieux cochon, un vieux fou, à la guillotine. »

La voix est enrrouée.

Langue sèche, pas de tremblement de la langue ni des lèvres; dents sales, couvertes de tartre; sensibilité de la peau, un peu augmentée; pas de douleur, spontanée ou provoquée, de la colonne vertébrale. Insomnie.

Température : frontale, 33°,5, temporale droite, 34°,7, temporale gauche, 34°,5, post-auric. droite, 34°,5, post-auric. gauche, 35°, bregmatique, 35°, iniaque, 35°, axillaire, 36°.

Traitement (13 octobre 1883) : vésicatoire à la nuque, grands bains, bonnet d'irrigation, bromure de potassium, 4 grammes par jour.

15 octobre. Drap mouillé, julep chloral, 2 grammes.

16 octobre. Les règles ont apparu ce matin. L'agitation continue, elle ne répond pas aux questions qu'on lui adresse.

Elle chante : « Pour mon bon ami, le médecin vous le dira, pour mon fils Joseph (elle pleure), pour 10 fr. que je lui ai volés, je t'en rendrai, mon parapluie, vous le verrez bien, j'ai un oncle cochon, etc.. etc. »

Elle chante sans cesse sur un ton monotone.

25 octobre. L'état restant le même, le bromure est supprimé ; injections sous-cutanées de morphine, début par 3 milligrammes, en augmentant de 3 milligrammes par jour.

30 octobre. Calme, somnolente après l'injection. Elle dort la nuit.

5 et 6 novembre. La malade présente un léger embarras gastrique avec une petite élévation de la température. Les phénomènes disparaissent au bout de deux jours.

24 novembre. L'agitation se reproduit par moments ; il survient comme une poussée pendant laquelle la malade se livre à des actes violents.

Dans la baignoire, elle est parvenue à se retourner et, en poussant avec son dos, elle a courbé le couvercle en cuivre de la baignoire.

24 novembre au 24 décembre. On continue le même traitement en augmentant progressivement la dose de morphine jusqu'à 6 centigrammes par jour.

25 décembre. L'agitation diminue. La malade nous raconte qu'il y a quelques jours elle a cru voir sortir des serpents par un trou du mur, qu'elle est allée le boucher avec son fichu, qu'elle l'a recouvert de petits cailloux, c'était, dit-elle, pour les empêcher de sortir.

26 décembre. Le calme est revenu, il est continu ; elle travaille, elle dit ne plus voir de revenants.

Elle pleure pour un rien.

La dose de morphine est abaissée à 3 centigrammes par jour en deux injections.

28 janvier 1884. L'état de la malade est des plus satisfaisants; elle n'a plus d'hallucinations ni de troubles d'aucune sorte. Elle confirme tous les renseignements que nous a donnés son fiancé. Elle nous raconte avec les plus grands détails tout ce qu'elle a fait depuis son arrivée à Paris, et les symptômes qu'elle a éprouvés huit jours après son entrée à la fabrique de ballons (notons qu'elle n'a jamais eu d'hyperexcitabilité du sens génital). Elle se rappelle très bien le jour où elle est tombée malade et que sa propriétaire l'a fait coucher. Elle sait le jour et la date de son entrée à Necker, quand et comment elle a été transportée à la préfecture de police, à Sainte-Anne, puis à la Salpêtrière. Ce qu'elle nous dit sur ses faits et gestes depuis son arrivée à la Salpêtrière concorde parfaitement avec les rapports des employées. En un mot, elle paraît être tout à fait dans son état normal.

La dose de morphine n'est plus que 5 milligrammes.

Elle travaille toute la journée à l'atelier de couture, elle est très habile. La parole est très nette.

La menstruation n'a pas paru depuis le 16 octobre.

L'état général est excellent. La malade a pris beaucoup d'embonpoint.

20 février. La malade est dans un état de guérison complète, elle n'a plus d'hallucinations ni de troubles d'aucune sorte.

Obs. II. *Intoxication par le sulfure de carbone. — Hallucinations. — Aliénation mentale. — Guérison. — Durée de la maladie : trois mois et demi.*

Le nommé R..., âgé de 47 ans, ouvrier dans une fabrique de ballons de caoutchouc soufflé, est entré le 7 septembre 1866 dans mon service de Bicêtre.

Aucune hérédité morbide, habitudes de sobriété. Le malade vient de la Pitié, où il est entré il y a cinq à six jours.

Il est dans un état d'agitation extrême; il parle à tout moment de la salle Sainte-Athanase, il croit y être encore; il dit que des hommes le menacent, que les voisins de son lit lui tiennent des propos déplacés; il crachotte en l'air; l'œil est égaré, il croit voir des gens qui lui sont inconnus,

il leur parle ; il se croit être dans des pays étrangers, sur la mer ; il dit voir des vaisseaux.

Il se lève à tout moment, il court dans la salle et c'est avec peine qu'il est ramené dans son lit.

Je note du tremblement des mains, un peu de moiteur. L'urine est claire et ne renferme pas d'albumine. Pas d'anesthésie de la peau, pas de douleur, mais il accuse des fourmillements dans les doigts de la main gauche ; pas de priapisme.

Il nous a appris, après sa guérison, qu'il est ouvrier depuis deux mois et dem dans une fabrique de ballons en caoutchouc soufflé, et que dès les premiers jours il a éprouvé de la céphalalgie, des battements dans toute la tête ; la céphalalgie d'abord passagère est devenue continue et a persisté en dehors de l'atelier. Puis le sommeil a diminué, et a disparu. Au bout d'un mois, il a ressenti du tremblement dans les membres inférieurs et supérieurs. Puis il est survenu des craintes imaginaires et des vertiges. Il était dans un état d'absence à peu près constant et avait presque perdu la conscience du monde extérieur.

Cette sensation de vague n'était pas du reste désagréable ; mais il était devenu apathique, silencieux et il recherchait la solitude. Les bruits lui étaient désagréables et provoquaient des soubresauts.

Il s'est rappelé encore après sa guérison qu'un samedi il est tombé très malade, qu'il a été transporté à la Pitié en fiacre, qu'à la Pitié on a dit que son haleine était forte.

Le traitement a consisté dans les premiers jours en tisane de chiendent, en une potion bromurée (3 gr.) et en un bain quotidien prolongé pendant 5 à 6 heures.

Le 13 septembre, le malade est sombre, il cesse de parler. Il présente par moments des tremblements ondulatoires dans les membres inférieurs. La peau des mains est presque toujours moite.

P. 92. — 24 respir. — L'insomnie est la même, pas d'érections. Même traitement.

3 octobre. On observe encore du tremblement ondulatoire et des secousses. La physionomie est aussi triste ; potion bromurée. Bains.

15 octobre. Agitation nocturne. Il a encore quelques hallucinations de la vue et il parle aux gens qu'il croit voir.

25 octobre. Amélioration sensible, quoi qu'il dise avoir encore des idées noires.

40 décembre 1866. Un bain tous les deux jours. Va mieux encore. Les idées tristes diminuent, les hallucinations sont moins intenses et moins tenaces. Le sommeil est plus continu.

Le malade commence à travailler.

5 janvier 1867. L'amélioration s'est maintenue.

15 janvier. Il n'y a plus d'hallucinations, ni d'idées noires.

28 janvier. Sortie du malade.

Les deux malades étaient employés dans des ateliers de caoutchouc soufflé, dans lesquels on fabrique ce que l'on appelle des préservatifs et, d'autre part, des ballons vendus dans les magasins de nouveautés.

Le caoutchouc doit être trempé dans un bain de sulfure de carbone pour pouvoir acquérir la souplesse désirable pour être distendu.

Ce sont les émanations de sulfure de carbone qui pénètrent par les voies respiratoires et intoxiquent les ouvriers et les ouvrières.

Delpèch a publié sur cette question un mémoire (1) très étudié, dans lequel il a décrit deux périodes principales de cette intoxication : la première d'excitation, la deuxième de collapsus.

Delpèch a joint à son mémoire un certain nombre d'observations, entre autres celle (obs. I) d'un ouvrier qui a été atteint d'un véritable accès de manie, avec hallucinations de l'ouïe et de la vue, d'une durée de huit à dix jours, mais qui, à la rigueur, ne doit être regardé que comme un délire passager, et celle d'un autre (obs. XIV) qui « se croyait entouré d'ennemis, qui pensait entendre la nuit des personnes qui venaient pour le tuer et des voix imaginaires, et qui voyait les objets avec des formes bizarres. Cet homme s'imagina avoir commis un vol et alla le déclarer à la Préfecture de police. »

Son séjour à Bicêtre dura un mois.

Cette deuxième observation me paraît, comme la première, devoir être rangée dans les cas de délire passager.

---

(1) *Annales d'hygiène*. 1863.

Il n'en est pas de même des deux observations que je vous ai lues. La folie était bien évidente; par les symptômes, par la marche, par la durée : hallucinations de l'ouïe et de la vue, idées de persécution, actes incohérents, paroles décousues, insomnie, absence de fièvre, inconscience de son état, durée de trois mois dans le premier cas et de trois mois et demi dans le deuxième.

Au point de vue du diagnostic, cette folie présentait bien réellement les caractères de l'intoxication sulfo-carbonée; à la période d'excitation, en effet, mes malades avaient présenté, pendant quelques jours avant l'explosion de la folie, de la céphalalgie, des éblouissements, des élancements, des vertiges, un état d'absence et de vague, des fourmillements et des douleurs dans les jambes, de la loquacité et de l'hyperesthésie des sens de la vue et de l'ouïe.

J'ai cherché à savoir de ces malades si, ainsi que Delpech l'a observé chez d'autres ouvriers en caoutchouc, ils avaient éprouvé de l'excitation génitale. Ils m'ont affirmé que non.

Le traitement que j'ai mis en usage chez l'ouvrière est celui que j'emploie maintenant chez la plupart de mes malades agitées : Irrigation continue d'eau froide avec le bonnet en tuyaux de caoutchouc ou d'étain pendant quatre à cinq heures par jour et vésicatoires volants à la nuque pendant la période aiguë, puis, chloral et injections sous-cutanées de chlorhydrate de morphine, lorsque la congestion cérébro-méningée me paraît avoir disparu.

*Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés.*

M. FALRET. — Cette question est très nouvelle dans notre pays; le travail de M. Foville résume sous une forme très claire et très nette les diverses législations des quatre nations voisines. Je vous demande la permission de résumer ce travail.

*Hollande.* — La première loi du 19 mai 1844, qui est encore en vigueur, ne s'occupe pas du tout des aliénés traités à domicile. Une nouvelle loi préparée par le gouvernement et soumise aux chambres a entrepris de combler cette lacune. Voici les dispositions proposées :

1° Les aliénés internés dans leur propre famille (ascen-

dants et descendants, époux ou épouses, tuteur et curateur) ne seront soumis à aucune surveillance de la part de l'État.

2° A part cette exception, tous les aliénés doivent être surveillés par l'État, qu'ils soient ou non placés dans les établissements spéciaux.

3° Quiconque soigne un aliéné chez lui doit en donner avis au maire dans les vingt-quatre heures qui suivent le commencement de résidence de l'aliéné. Dans les vingt-quatre heures également de la réception de cet avis, le maire doit en informer le procureur du roi et les inspecteurs du service des aliénés (médecins ou fonctionnaires de l'État nommés par le roi).

4° Ces fonctionnaires sont chargés d'aller visiter les aliénés à domicile ; ils ont le droit de pénétrer dans les demeures et les personnes qui les soignent sont tenues de leur fournir tous les renseignements qu'ils peuvent demander.

5° Lorsqu'ils trouvent que le malade n'est pas convenablement traité, ils adressent des remontrances à la personne qui le soigne et lorsque celle-ci n'en tient pas compte, l'inspecteur dénonce le fait au procureur du roi qui a le droit et le devoir de provoquer l'entrée du malade dans un asile.

Ce projet plus complet que le projet français a, comme celui-ci, le tort d'omettre d'indiquer les formalités à remplir pour constater l'aliénation mentale et pour faire cesser la surveillance de l'État, en cas de guérison du malade.

*Belgique.* — La première loi du 18 juin 1830 contenait déjà un chapitre relatif aux aliénés gardés dans leurs familles. Cet article unique (art. 25) a été maintenu dans la révision de la loi 1873-74. Voici cet article :

Nulle personne ne peut être séquestrée dans son domicile ou celui des parents ou des personnes qui en tiennent lieu, sans que l'état d'aliénation ait été constaté par deux médecins, l'un désigné par la famille ou les personnes intéressées, et l'autre par le juge de paix du canton, qui s'assurera par lui-même de l'état du malade et fera une visite au moins par trimestre.

Ce magistrat se fera remettre en outre tous les trois mois un certificat du médecin de la famille, tant que durera la séquestration et fera visiter l'aliéné par tel médecin qu'il désignera, s'il le juge nécessaire. Ces précautions

paraissent, au premier abord, bien conçues, mais les fonctionnaires chargés de ces visites sont locaux, sans contrôle de l'autorité centrale et sans sanction des prescriptions légales. Rien n'indique, en effet, comment on pourrait s'assurer si les juges de paix visitent réellement et quelle procédure il faudrait suivre pour changer la situation de l'aliéné et le placer dans un asile.

Du reste, il semble qu'en fait cet article est resté, à peu près, lettre morte. Les médecins belges eux-mêmes avouent qu'il n'est presque jamais appliqué, et au ministère de la justice on reconnaît que ces visites ne se font pas.

*Angleterre.* — En Angleterre, les aliénés riches et aisés traités dans les domiciles particuliers appartiennent à deux classes : ceux qui sont déclarés aliénés après inquisition et ceux qui sont placés en vertu de certificats.

1<sup>re</sup> Aliénés interdits. La première classe répond à peu près à nos malades interdits. En vertu de lois anciennes, ces aliénés sont sous la direction souveraine du grand chancelier et sont appelés aliénés de la chancellerie et du lord chancelier. En pratique, les intérêts précaires de ces aliénés sont gérés par deux fonctionnaires supérieurs dépendant du Lord Chancelier, et qui sont appelés master in lunacy. Quant à la surveillance de la personne de ces aliénés, elle est exercée par trois visiteurs dont l'un avocat et les deux autres médecins. Ces visiteurs sont libres de placer ces aliénés dans les asiles, de les faire traiter à domicile. Les visiteurs étaient tenus de les visiter au moins une fois par an. Une loi toute récente (18 août 1882) les oblige à les visiter deux fois par an, quelle que soit la résidence. Toutefois ceux qui sont dans des domiciles particuliers, doivent être visités quatre fois par an, pendant les deux années qui suivent leur interdiction. Un règlement spécial de 1835 règle la manière dont ces visites doivent avoir lieu. Au 1<sup>er</sup> janvier 1883, le nombre des aliénés interdits était environ de mille, sur lesquels 356 étaient traités dans des domiciles privés.

2<sup>e</sup> Aliénés non interdits. L'État ne croit pas devoir s'occuper de ceux qui sont soignés par leurs proches parents. Mais aussitôt que les soins donnés à un aliéné deviennent une source de profits (que ce soit pour un parent ou pour un étranger), la loi ordonne que le fait soit porté à la con-



naissance de l'autorité publique et celle-ci intervient pour exercer sa surveillance dans l'intérêt du malade.

Les prescriptions sont les suivantes :

Un particulier ne peut recevoir dans sa maison qu'un seul aliéné, et il doit exiger de la famille toutes les formalités qui sont demandées pour les asiles spéciaux (demande de la famille et deux certificats de médecins), et il doit transmettre ces pièces au bureau des commissaires du service des aliénés, siégeant à Londres, dans les sept jours de l'entrée, avec tous les détails sur l'aliéné, la maison où il est reçu et le traitement dont il doit être l'objet.

Pendant toute la durée de son séjour, il doit être visité tous les quinze jours par un médecin n'ayant aucun rapport de parenté ni d'intérêt avec la personne qui reçoit l'aliéné. Ce médecin doit inscrire la date de ses visites sur un livret qui reste à la maison, et il doit indiquer en même temps des observations sur le malade et les soins qu'il reçoit. Les commissaires ou inspecteurs du service des aliénés doivent également faire des visites au moins une fois par an et transmettre le résultat de leurs visites au bureau central à Londres. S'ils trouvent que le malade est mal soigné ou que son état s'est modifié au point de nécessiter la séquestration, ils font un rapport au Lord Chancellor qui peut ordonner la translation dans un asile spécial. En cas de guérison, d'évasion ou de décès, la personne qui soigne l'aliéné doit faire au bureau central des commissaires les mêmes déclarations qui sont exigées pour les asiles spéciaux. La permission de ce bureau est également nécessaire pour les changements de résidence, transferts, voyages, sorties à titre d'essai, etc.

Les commissaires peuvent également autoriser l'éloignement des visites médicales dans les cas où elles ne sont pas nécessaires tous les quinze jours.

En résumé, le séjour d'un aliéné non interdit, dans une maison privée, est assimilé à son séjour dans un asile spécial et soumis à des formalités analogues. Au 1<sup>er</sup> janvier 1883, le nombre des aliénés non interdits, traités à domicile dans ces conditions, était de 318, dont 122 hommes et 196 femmes.

Je me bornerai à cette analyse du travail de M. Foville, pour trois de ces nations, renvoyant à la lecture de ce même travail pour ce qui concerne l'Écosse. J'ai voulu vous

donner cet aperçu pour bien préciser les termes de la question; il y a dans cette question, deux parties, l'une théorique et l'autre pratique.

*Partie théorique.* — Est-il possible de faire une législation dont le résultat soit de s'introduire dans les familles et de violer pour ainsi dire le secret de ces familles? Il s'agit là d'une question de principe; mais cette question, malgré ses difficultés, est résolue, à en juger par ce que l'on a fait à l'étranger. Reste l'application difficile; mais n'oublions pas que l'Etat cherche, on le comprend, à protéger les aliénés contre des abus possibles.

Ces abus sont rares, mais néanmoins plus fréquents, de l'aveu des aliénistes, dans les familles que dans les asiles. Il peut y avoir possibilité d'abus graves et de séquestration arbitraire, dans les familles et même par les parents les plus rapprochés. Il y a donc dans cette question deux intérêts en présence, l'intérêt individuel et l'intérêt social: deux intérêts contraires à sauvegarder et bien difficiles à concilier. Les difficultés de la surveillance individuelle sont de plusieurs ordres: La constatation de l'aliénation mentale. Qui signalera l'existence d'un aliéné dans une famille privée? La famille; mais la famille peut se faire des illusions à ce sujet ou ignorer de bonne foi que le malade est aliéné; on devient aliéné dans des conditions très différentes, et parfois les déviations du caractère sont difficiles à apprécier par les familles; il faut aussi faire la part du secret et du désir qu'ont les familles de garder, de cacher l'aliénation mentale chez un de leurs membres. Certes, tous les malades soignés dans les familles ne rentrent pas dans ce cadre; il y a d'abord les interdits: le jugement d'interdiction est un moyen légal de constater l'aliénation. Il y a les aliénés déjà placés, et là encore il est possible de savoir qu'on a affaire à un aliéné. Mais ces cas sont rares, et pour les autres, comment procéder? Les familles seront-elles tenues de faire la déclaration de l'aliénation, comme cela se fait à l'étranger? Mais, en admettant cette déclaration obligatoire, à qui la faire? au juge de paix, au commissaire, au préfet, au ministre ou à une commission centrale. Une surveillance centrale est à désirer, car il faut pour préserver les aliénés à domicile, deux surveillances hiérarchiques, l'une centrale, l'autre locale; la première servant de contrôle à l'autre.

Une autre question très importante: ...  
Jusqu'à quelle limite s'étend le mot famille et par suite l'expression de malade soigné à domicile?

Un malade peut être soigné par ses parents directs, par des parents plus éloignés ou par des tiers. L'article y considère les aliénés placés chez des parents éloignés ou chez des tiers comme placés dans des maisons privées. A l'étranger, il faut qu'il y ait deux aliénés pour constituer une maison.

Ces questions que je ne fais qu'indiquer très rapidement sont, comme vous le voyez, difficiles à résoudre en application. C'est pourquoi il m'a paru intéressant d'appeler votre attention sur ces questions afin de provoquer une discussion au sein de notre Société.

M. CHRISTIAN. — Quel sera le résultat de notre discussion, si elle a lieu?

M. LUNIER. — Les Sociétés savantes sont libres de leurs discussions ; les membres de la commission nommée pour étudier la réforme de la loi de 1838 se sont inspirés de nos discussions, et le rapporteur du Sénat aura connaissance des questions que nous aurons examinées et qui méritent intérêt. Je ne pourrai répondre à M. Falret qu'après avoir lu son travail.

M. CHRISTIAN. — En ce cas, notre discussion aura un but pratique que nous ne pouvons que désirer.

M. LE PRÉSIDENT consulte la Société pour savoir si elle désire entrer en discussion sur la question posée par M. Falret.

M. LUNIER. — M. Falret propose un programme, mais n'émet pas de propositions personnelles, de sorte qu'il est difficile de discuter.

M. FALRET et M. LUNIER demandent à être inscrits pour la prochaine séance.

M. AUGUSTE VOISIN. — La question de la surveillance des aliénés maintenus dans des maisons particulières dont il est question dans le nouveau projet de loi me rappelle le fait d'un idiot, interdit, qu'un avoué m'a prié d'aller visiter à la campagne dans une maison à lui appartenant. Cet idiot avait perdu son père et sa mère, et il vivait en compagnie d'une domestique et de paysans.

Il était très bien soigné et il paraissait heureux de son sort.

J'ai visité en détail le mobilier, le linge, son lit, et j'ai pu

affirmer dans mon rapport que ce malade était placé dans les meilleures conditions possibles et qu'on pouvait le laisser là.

Mais j'ai ajouté qu'une surveillance devait être exercée de temps en temps, afin de vérifier si les mêmes soins lui étaient continués.

M. DUMÉNIL. — C'est au tuteur de demander cette surveillance.

M. LUNIER, approuvant la conduite de M. VOISIN, ajoute que le paragraphe 2 de l'article 3 vise les malades qui sont dans ces conditions.

M. LEGRAND DU SAULLE. — La question du traitement des aliénés à domicile est hérissée de difficultés. L'article 3 du projet de loi dit textuellement ceci : « Est assimilée, sous le rapport de la surveillance, aux asiles privés, toute maison où un aliéné est traité, même seul, à moins que le tuteur, le conjoint, l'un des ascendants, l'un des descendants ou l'un des collatéraux, jusqu'au quatrième degré inclusivement, du malade, n'ait son domicile dans la même maison et ne préside personnellement aux soins qui lui sont donnés. » Convertir administrativement en asile privé tout domicile où réside un délirant, n'est-ce pas excessif ? Quel personnel de médecins-inspecteurs et de magistrats ne faudra-t-il pas alors mettre sur pied !

Je reconnais parfaitement qu'il y a quelque chose à faire. Dans ma carrière déjà longue, j'ai constamment donné des soins à des aliénés soignés chez eux ou transportés dans quelque maison de compagne, près de Paris. J'ai été parfois le témoin des dévouements les plus dignes d'éloges, et j'ai vu, grâce à une assistance aussi attentive et aussi secourable, la vie de certains malades se prolonger bien au delà des limites scientifiquement admises. J'ai vu, d'autre part, quelques paralysés généraux, quelques aliénés épileptiques ou quelques déments séniles, qui paraissaient être tout à fait à charge à leur famille ! L'état aigu du malade avait provoqué le sacrifice, l'état chronique avait figé les meilleures dispositions et tari la source de l'affection. On n'osait pas tout à fait appeler la mort de tous ses vœux, mais on considérait poétiquement l'échéance finale comme une délivrance enviable.

J'ai vu enfin des apoplectiques, des individus à lésions encéphaliques irrémédiables ou des déments séniles, à peine surveillés de loin en loin par un ancien ami, trop sur-

veillés en revanche par d'autres, privés de parents et livrés entièrement à d'infidèles domestiques. Autour de ces malades finissait par s'organiser la spoliation la plus habile, la plus persévérante et la plus implacable ! Le jour où la mort venait mettre un terme à tant de calamités cérébrales, l'entourage avait depuis longtemps fait disparaître les valeurs au porteur, les bijoux, l'argenterie, et même une partie des meubles ! Le juge de paix s'empressait de mettre les scellés sur les tiroirs, mais les tiroirs étaient vides, et l'on trouvait trente sous dans le secrétaire !

Aujourd'hui même, j'ai interrogé, dans une maison de santé, un homme de soixante-treize ans et demi, veuf, père de deux filles mariées, qui présente l'affaiblissement intellectuel sénile le plus caractérisé : il ne sait plus son âge, ignore la profession qu'il a exercée et ne se souvient pas d'avoir été marié. Il ne reconnaît ni ses filles, ni ses gendres, ni ses petits-enfants. Cet homme a acheté une maison, au nom de sa domestique, et l'a payée intégralement. Il a même, dit-on, copié un testament olographe dont la formule lui aurait été apportée par une tierce personne, et, dans cet acte antidaté de dernière volonté, il a attribué à la même domestique toute la quotité disponible, c'est-à-dire une part d'enfant ! L'interdiction est demandée, mais cette grande mesure conservatoire arrivera-t-elle à sauver la situation ?

Ce vieillard, épuisé par de déplorables excès provoqués et par les plus abjectes complaisances, était depuis quelques années littéralement séquestré chez lui par sa servante, et il n'avait même plus la permission de recevoir, au jour de l'an, la visite de ses filles !

Notre excellent collègue, M. J. Falret, exposait tout à l'heure un véritable programme de questions à étudier, relativement au traitement des aliénés à domicile, mais il a omis, à ma grande stupéfaction, de donner en quelques mots son opinion sur les voies et moyens. Or, c'est là que gît la difficulté.

Le projet de loi est allé bien loin, et je me demande s'il ne consacre pas des mesures pénibles et peut-être vexatoires ? Il y a, je le répète, quelque chose à faire. Nous en reparlerons, si vous le voulez bien.

La séance est levée à six heures.

CHARPENTIER.

---

## ACADÉMIE DE MÉDECINE

---

### Discussion du Rapport de M. Blanche sur la réforme de la loi sur les aliénés (*Extraits*).

*Séance du 12 février 1884.*

M. BILLOD. — Après avoir remonté au point de départ de la discussion ouverte devant l'Académie, et après avoir rappelé que c'est à la suite de la communication du 4<sup>er</sup> mai dernier relative aux aliénés dits criminels, qu'à la demande de plusieurs de ses membres, cette assemblée a décidé la mise en discussion, non plus seulement de la question des aliénés criminels, mais encore de celle des projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés, M. BILLOD fait l'historique de l'enseignement officiel de la médecine mentale et se constitue hautement défenseur de la loi du 30 juin 1838.

Donnant au rapport de M. Blanche les éloges que mérite ce consciencieux travail, il dit en terminant sa communication :

« Ma conviction à l'endroit des mérites de la loi du 30 juin 1838 et de sa supériorité sur tout autre texte de loi est *entière, profonde*, et je ne pourrais, je le répète, que conclure à son maintien, sauf l'adoption d'un certain nombre de mesures complémentaires d'ordre administratif, si je ne savais avec quelle difficulté on remonte parfois certain courant de l'opinion; aussi, dans la prévision d'une telle difficulté pour la loi dont il s'agit, je ne puis, d'une manière générale, que me rallier aux conclusions de M. Blanche et que me confier dans la sagesse de la commission du Sénat. »

M. LUYs. — Je partage complètement, dans leur ensemble, les idées émises dans le remarquable rapport de votre commission sur les aliénés; toutefois, comme il est dans ce rapport certaines questions sur lesquelles je ne suis pas

tout à fait d'accord avec la commission, je crois devoir lui faire un certain nombre d'objections. Ces objections portent sur trois points principaux :

Et tout d'abord, au point de vue général, je ferai remarquer que si quelques-uns des membres ont accepté la loi telle quelle, la considérant comme donnant au Corps médical le maximum des attributions qu'il était possible de lui accorder en pareille circonstance, il en est d'autres, et je suis du nombre, qui ont pensé qu'il fallait réagir contre certaines tendances de cette loi qui paraît chercher surtout l'exclusion du médecin, dans l'appréciation des diverses questions qui intéressent l'aliéné. Une semblable méfiance, qui n'est que le reflet des préventions, des légendes qui règnent dans le public, au sujet de prétendues séquestrations arbitraires de gens bien portants, ne sauraient être acceptées de nous sans protestations ; et notre devoir, si nous ne sommes pas écoutés, doit être de nous retirer, afin de ne pas paraître participer dans une mesure quelconque à la confection de la loi.

L'aliéné appartient au médecin, au même titre que le phthisique et que le blessé, et c'est lui qui doit être l'inspirateur d'une loi concernant l'aliéné ; c'est ce qui a eu lieu pour la loi de 1838 dont on a tant médité, alors cependant que c'est surtout grâce à elle que l'aliéné a été enfin élevé à la dignité de malade.

Certes, le médecin ne doit pas être tout, on doit désirer, autant que possible, l'intervention de la justice à l'égard des aliénés, mais c'est au médecin seul que devrait être confié le soin de présider à l'admission de ces malades dans les asiles où ils peuvent recevoir immédiatement les soins que comporte leur état. Nous ne pouvons admettre que ce soit la justice qui prononce ce maintien, nous pensons que son rôle devrait tout au contraire consister à maintenir internés certains aliénés en apparence guéris, qui ne sont plus pour nous des malades, mais qui cependant continuent à être un danger pour eux-mêmes ou pour la société.

En second lieu, la loi demande que le certificat constatant l'état d'aliénation soit fait par deux médecins ; or, je considère cette seconde signature comme une superfétation. Il est des pays où le nombre des médecins est restreint et où ces deux signatures seront très difficiles à trouver ; dans d'autres circonstances, cette seconde signature sera une

signature de complaisance. D'ailleurs, nous voyons tous les jours un médecin accepter à lui seul la responsabilité d'opérations des plus graves : pourquoi dès lors ne lui accorderait-on pas la faculté de décider qu'un épileptique, un homme atteint de délire, etc., doit être dirigé sur un asile? Cela d'autant plus que si, par impossible, il s'agissait d'une séquestration arbitraire, elle ne pourrait jamais durer plus de trois jours, puisque, dans ce délai, le malade doit être visité par un représentant de l'autorité judiciaire, assisté d'un médecin de son choix.

Je ferai une troisième objection ; elle est relative à l'article 15 de la nouvelle loi qui est relatif à la création d'asiles provisoires, dans lesquels les malades seraient placés avant d'entrer dans les asiles définitifs.

Je considère cet article à la fois comme inexplicable et préjudicieux au malade. Il semble dire, en effet, au médecin :

Vous avez des établissements bien aménagés, admirablement disposés pour améliorer ou guérir vos malades, mais ceux-ci n'en profiteront pas tout d'abord. Ils seront à leur entrée placés dans un asile où les conditions générales de leur traitement ne pourront être remplies ; et cependant de semblables malades n'en seront pas moins séquestrés.

On objecte à cela que l'entrée dans l'asile imprime un cachet spécial à celui qui en est l'objet. Mais cette objection n'a pas grande valeur, l'entrée dans l'asile provisoire étant aussi grave que l'entrée dans l'asile définitif. D'ailleurs, on pourrait remédier à cet inconvénient en établissant dans l'asile un registre spécial, sur lequel les nouveaux entrants seraient inscrits avant d'être portés sur le registre définitif.

Cet article aurait encore un inconvénient au point de vue budgétaire.

Il est très difficile, à l'heure actuelle, d'obtenir de l'État, des départements, les fonds nécessaires à la création et à l'entretien des asiles d'aliénés. Ce sera bien pire, le jour où à côté de chaque asile il faudra créer l'asile provisoire exigé par la loi.

En conséquence, j'ai l'honneur de proposer les conclusions suivantes :

1° Accentuer d'une façon plus nette le rôle du médecin dans les mesures à prendre pour l'admission et le placement des malades dans les asiles ;



2° Supprimer la demande, exigée par la nouvelle loi, de deux certificats pour justifier l'entrée d'un malade, ou d'un seul certificat revêtu de deux signatures médicales ;

3° Ne pas donner suite aux propositions de l'article 13 de la nouvelle loi relative à la création d'asiles provisoires nclus dans les grands asiles, et destinés à maintenir en observation pendant un mois les malades entrants.

Nous considérons cette mesure comme illusoire, impraticable et onéreuse pour le budget des asiles.

*Séance du 19 février 1884.*

M. MESNET donne lecture d'un long mémoire, dont voici les idées principales :

Je ne discuterai pas le rapport dans chacun de ses détails ; je me bornerai à l'examen des questions cliniques et pratiques.

Et tout d'abord, je crois devoir m'élever contre l'esprit général de la loi, en ce qui concerne la situation qu'elle fait au médecin.

L'idée qu'il était nécessaire de reviser la loi de 1838, a pour origine l'histoire de certains malades célèbres, que l'opinion publique persiste à considérer comme des victimes d'une séquestration arbitraire, alors même que la suite de leur histoire est venue pleinement confirmer l'exactitude du diagnostic médical. C'est sous cette influence que le rôle prépondérant du médecin, dans toutes les questions qui touchent à l'aliéné, lui a été enlevé et que ce rôle a été confié au magistrat, comme si la connaissance de la folie n'était qu'une simple question de bon sens, accessible à tout le monde, sans qu'il soit nécessaire d'y être préparé par une expérience clinique longue et délicate.

Mais, à côté de cette question de principe, il est également dans la loi une série de détails défectueux inapplicables dans la pratique, et sur lesquels je crois devoir insister plus longuement.

C'est d'abord la création d'asiles provisoires institués par l'article 13 de la loi. Cet article porte en substance : que les personnes admises dans les asiles d'aliénés ne le seront d'abord qu'à titre provisoire, et qu'en attendant, elles devront être placées dans des quartiers d'observation

séparés. L'article ajoute que, dans les trois jours qui suivront l'internement dans cet asile provisoire, le procureur de la République, assisté d'un docteur choisi par lui, interrogera le malade, fera une enquête sur son compte, et ensuite rédigera un rapport qui sera communiqué à la chambre du conseil; c'est celle-ci qui fixera le sort de l'aliéné, et cela dans le délai d'un mois.

C'est donc le tribunal qui statue en dernier ressort sur l'internement définitif de l'aliéné.

Cette innovation rendra-t-elle à l'aliéné les services que l'on attend d'elle? Je ne le crois pas, et j'estime au contraire qu'elle ne peut avoir que des inconvénients.

Et tout d'abord est-il possible que le magistrat arrive à faire ce diagnostic que l'on attend de lui? S'il s'agit d'agités, de malades en proie à un délire furieux, il est certain que oui; mais s'il s'agit de malades comme on en voit si souvent lorsqu'on a la pratique des asiles d'aliénés, qui présentent la physionomie d'un être raisonnable, qui n'ont aucune trace apparente de délire, je doute fort que le magistrat puisse arriver à formuler une opinion conforme à la réalité des faits. Cela est d'autant plus probable, que de semblables malades possèdent au plus haut degré l'art de dissimuler leur délire, et le plus souvent, ce n'est que par une étude attentive, une enquête longue et répétée auprès des personnes qui vivent avec le malade, que l'on peut arriver à un diagnostic.

Quant à la création de quartiers d'observation elle se heurte à une difficulté pratique bien autrement importante.

La loi de 1838 établit, avec raison, que les aliénés doivent être séparés en catégories diverses. Il doit y avoir des quartiers séparés pour les sexes, pour les malades convalescents, pour les agités, etc.

Bref, il y a trois quartiers séparés pour chaque sexe, et chacun d'eux doit être pourvu des moyens spécialement applicables à la catégorie de malades qu'il renferme. Avec le système nouveau, si l'on veut adopter la même division dans le quartier d'observation, on se trouvera dans la nécessité d'annexer un nouvel asile à l'asile déjà existant; je vous laisse juge des difficultés d'ordre matériel qu'exigera une pareille nécessité. Si on réunit les nouveaux venus, on s'expose à des inconvénients autrement sérieux.

Un seul exemple pourra vous le faire comprendre.

Voici un asile dans lequel, pendant le même mois, entrent les six personnes suivantes :

Une jeune dame, avec excitation délirante ; une vieille dame, démente, mais tranquille ; une dame lypémanique, qui ne peut souffrir le moindre bruit ; un homme alcoolique ; un paralytique qui s'effraie pour un rien ; un lypémanique avec idées de suicide : ces six personnes ont été réunies dans un même bâtiment, alors que leur dissémination est la première condition de leur traitement ; la prétendue amélioration que la loi veut apporter à leur condition produira un effet diamétralement opposé.

Ainsi donc, la nécessité de l'isolement préalable des malades, est un des obstacles les plus sérieux à la création de ces asiles provisoires, et la répartition des aliénés à leur entrée dans les diverses sections des asiles, telles qu'elles existent aujourd'hui, est la disposition la meilleure au double titre de l'ordre dans l'établissement et du bien-être du malade.

Cette suppression des asiles provisoires ne générerait d'ailleurs en rien l'application des autres dispositions de la loi, en admettant qu'elles soient adoptées. C'est ainsi que si l'intervention de l'autorité judiciaire doit être appliquée à la réglementation des entrées provisoires et des entrées définitives, elle pourra s'effectuer tout aussi bien avec la répartition des malades faite dès l'entrée dans les diverses sections de l'asile, qu'avec leur placement fait dans un quartier d'observation.

Mais, dit-on, si les nouveaux venus guérissent dans le premier mois de leur entrée à l'asile, leur internement dans les bâtiments provisoires aura l'avantage de les soustraire au contact des autres aliénés.

Il est facile de répondre à cette objection ; il suffit de signaler ce qui se passe tous les jours dans les asiles d'aliénés. Nous voyons, en effet, que, en dehors de quelques accès transitoires de folie périodique, les alcooliques sont les seuls malades qui soient susceptibles de guérir dans le premier mois de leur séjour à l'asile. Or, les alcooliques sont justement ceux de nos malades qui se plaignent le moins de leur séjour au milieu de nous ; ce sont eux surtout qui, pendant leur convalescence, nous sollicitent le plus souvent de les garder jusqu'à leur guérison complète. D'ailleurs, pour de semblables malades, l'impression douloureuse du con-

tact des autres aliénés est-elle donc chose si regrettable ; et la crainte d'un nouvel internement n'est-elle pas, au contraire, une crainte salutaire qui préservera un certain nombre d'entre eux des rechutes malheureusement trop fréquentes auxquelles ils sont exposés ?

J'arrive maintenant à la question des sorties. C'est surtout à propos de la sortie des aliénés que l'on a attaqué la loi et qu'on s'est plaint du pouvoir excessif qu'elle donnait au médecin. Ces plaintes ne me paraissent pas fondées ; j'estime, au contraire, que les garanties données aux sorties offrent toute sécurité contre les séquestrations arbitraires ; l'aliéné, en effet, trouve, de par la loi même, la protection de ses parents ou de ses amis, celle de l'autorité judiciaire ou administrative, qui toutes, aussi bien que le médecin, peuvent provoquer la sortie de l'aliéné.

Il n'est pas jusqu'aux revendications de l'aliéné lui-même qui ne puissent le mettre à l'abri de toute séquestration arbitraire, puisque les réclamations qu'il adresse aux autorités doivent toujours leur être remises ; les peines les plus sévères sont édictées contre les personnes qui intercepteraient une pareille correspondance.

La loi nouvelle contient une autre innovation contre laquelle je désire également m'élever, c'est le système des sorties provisoires à titre d'essai, qui peuvent être accordées soit par le médecin, pendant un mois, soit par le préfet pendant un plus long espace de temps. Chacun de nous, en effet, sait fort bien que l'aliéné convalescent, replacé dans son milieu normal, est exposé plus que jamais à des rechutes dangereuses pour lui-même, pour sa famille et pour la société.

*Séance du 26 février 1884.*

M. LUNIER. — La loi de 1838 sur les aliénés est une de nos meilleures lois d'exception ; seulement, depuis qu'elle a été votée, les conditions de son application se sont modifiées. En 1832, 1866 et 1874, des lois et décrets sont intervenus, qui ont eu surtout pour résultat d'amoindrir la position du médecin. En outre, le nombre des aliénés à interner, que l'on croyait alors ne pas devoir dépasser 45,000, est aujourd'hui de 50,000, et parmi ces 50,000, on en trouve beaucoup qui ne présentent pas pour le public de phéno-

mènes manifestes d'aliénation, mais qu'il est impossible néanmoins de conserver aujourd'hui dans les familles, contrairement à ce qui avait lieu avant 1838. Si nous ajoutons à ces considérations les lacunes de la loi de 1838 sur les aliénés criminels, et sur l'administration des biens des aliénés renfermés dans les asiles privés, on comprendra que la nécessité d'une réforme de cette loi s'imposait, et c'est pour cela qu'une commission extra parlementaire a été instituée.

Je ne suis pas d'accord avec M. Luys, lorsqu'il réclame la compétence d'une semblable commission : sur les 25 membres pris en dehors du Parlement qui la composaient, il y avait 11 médecins et des plus compétents; quant aux autres membres, c'étaient ou des jurisconsultes ou des administrateurs, et leur intervention était pleinement justifiée. Il ne faut pas oublier, en effet, que si l'aliéné est un malade, ce n'est pas, comme le disait M. Luys, un malade analogue au phthisique ou au diabétique. D'abord, c'est un malade dangereux, et, en outre, comme il n'est plus maître de lui-même, il a besoin qu'une volonté étrangère se substitue à la sienne, et le plus souvent, qu'on le prive de sa liberté. Pour cela, l'intervention du médecin ne suffit pas.

Si nous passons aux détails de la loi, nous voyons que l'on en a surtout attaqué les articles 14 et 15.

Je me joins aux critiques qui ont été formulées au sujet de l'article 14, qui exige l'intervention de deux médecins, pour le placement des malades dans les asiles; un seul certificat me paraît suffisant, mais il n'en est plus de même en ce qui concerne l'article 15, qui est relatif aux admissions provisoires.

Cet article est en quelque sorte le résultat d'une transaction entre les divers membres de la commission extra-parlementaire. Les médecins voulaient l'admission immédiate des malades à la suite du rapport du médecin, les magistrats exigeaient l'intervention préalable de la magistrature : et c'est afin de concilier ces deux opinions que l'on a proposé et adopté l'admission provisoire pendant un mois. C'est dans cet espace de temps que l'admission définitive peut être prononcée, et elle l'est non plus par le magistrat seul, mais par le magistrat assisté *obligatoirement* d'un médecin auquel est dévolu en fait le soin de porter le diagnostic.

Je voudrais, toutefois, que, dans cet article 15, le délai

d'un mois fût réduit à quinze jours. Je voudrais également que le magistrat eût qualité pour prononcer seul et *de plano* l'admission sans l'intervention de la chambre du conseil.

Quant aux difficultés pratiques que rencontrera cette nouvelle mesure, elles sont bien moindres que ne le suppose M. Luys.

Dès leur entrée, les malades qui pourront être classés seront envoyés dans ceux des quartiers spéciaux qui leur sont destinés. Quant à ceux qu'il sera impossible de classer immédiatement — et ils sont rares — ils seront placés, comme ils le sont aujourd'hui, dans le quartier d'observation.

*Séance du 4 mars 1884.*

M. BALL. — Si je m'étais proposé de participer à la discussion du projet de loi soumis en ce moment aux délibérations de l'Académie, j'en aurais été détourné par l'abondance des faits et des arguments que tant de discours remarquables viennent de mettre en lumière.

La question envisagée et retournée sous toutes ses faces, par des hommes dont la compétence et les capacités sont au-dessus de tout éloge, semble ne plus offrir aujourd'hui un seul aspect vraiment nouveau ; ce qui ressort le plus nettement de l'ensemble de ces débats, c'est que la loi proposée est avant tout une œuvre de transaction, et que tout en réservant dans une certaine mesure les droits imprescriptibles de la science, elle accorde de larges concessions à l'opinion publique qu'il faut toujours respecter, même dans ses égarements, et à laquelle il est quelquefois imprudent de résister d'une manière trop absolue, même quand on est absolument sûr d'avoir raison.

Il est toutefois un point, un seul, sur lequel je voudrais arrêter un instant l'attention de l'Académie.

Je veux parler de la question du concours appliqué au recrutement du personnel médical des asiles d'aliénés. Et je me permets ici de relever une inexactitude que renferme le rapport si consciencieux de M. Blanche.

En s'associant aux vœux déjà formulés à ce sujet, le rapporteur montre combien il serait à désirer que le concours fût appliqué à tous les asiles de France, comme il l'est déjà, dit-il, pour les asiles de la Seine.

En s'exprimant ainsi, M. Blanche prend pour des réalités ses désirs et les nôtres.

Malheureusement, il n'en est pas ainsi, et dans les asiles de la Seine, comme partout ailleurs, les nominations continuent à se faire par voie administrative.

Il n'y a d'exceptions que pour les quartiers d'hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière; mais Sainte-Anne, Ville-Evrard et Vacluse, continuent à faire partie de l'ancien système, qui paraît devoir être également appliqué au nouvel établissement de Villejuif.

Et pourtant l'opinion publique, loin de nous être hostile sur ce point, nous apporte un appui des plus solides. Le public comprend à merveille combien il serait utile, dans l'intérêt de la science, dans l'intérêt des malades et dans l'intérêt des médecins si distingués qui leur ont consacré leur vie, d'appliquer aux asiles le concours qui a donné des résultats si favorables pour le recrutement du Corps médical des hôpitaux, et, tout en respectant les droits acquis, de faire à l'avenir de ces positions si justement recherchées, le fruit d'un travail scientifique opiniâtre et longtemps soutenu, plutôt que la récompense d'une orthodoxie d'un genre particulier, dont les principes sont exposés à varier d'un moment à un autre, suivant les circonstances du jour.

Il faut en convenir, cette institution essentiellement libérale du concours, semble jouer de malheur depuis très longtemps, en ce qui concerne les asiles.

Réclamée par l'opinion, demandée par le conseil général de la Seine, préparée par la commission spéciale, appuyée par un grand nombre de nos législateurs, acceptée de toute part en principe, elle continue à être écartée en pratique, en vertu d'une opposition mystérieuse, mais qui n'est malheureusement que trop efficace.

Qu'il nous soit donc permis d'espérer qu'un vœu formel de l'Académie, soutenu par la voix de ceux de nos collègues qui jouissent d'une influence légitime dans les Assemblées délibérantes, finira par triompher de tous les obstacles, et nous dotera d'une institution aussi nécessaire aux progrès de la médecine mentale, qu'à la dignité et à l'indépendance du médecin.

Mais il me reste une autre question à traiter, une question strictement parallèle à la première, et qui comporte cependant quelques développements spéciaux.

Parler du concours, c'est aborder par une voie détour-

née la question de l'enseignement. Point de concours sans enseignement, et je dirai volontiers, point d'enseignement sans concours. Comment intéresser, en effet, la jeunesse studieuse à des études si attrayantes par certains côtés, mais si arides et si difficiles par certains autres, lorsqu'on n'entrevoit pas au terme de cette période de travail une récompense justement ambitionnée ?

Un jeune homme a consacré trois ans de sa carrière à l'internat des asiles. Il en sort pourvu de connaissances spéciales qui le recommandent à l'attention de l'Administration. Il obtient alors le droit de s'exiler indéfiniment dans le désert, en qualité de médecin-adjoint, dans un de ces asiles qui s'élèvent au milieu d'une vaste solitude favorable aux méditations religieuses des moines qui les peuplaient autrefois, mais absolument mortelle pour l'intelligence d'un homme accoutumé à la vie des grands centres civilisés. Sortir de cet exil est souvent plus difficile que d'y entrer : pour monter aux grades supérieurs, il faut du temps, du mérite et des appuis ; enfin, parvenu au sommet de l'échelle, on peut se voir rayé d'un trait de plume du nombre des vivants.

Tel est l'état des choses auquel nous voudrions substituer le concours.

Mais, par un autre côté, l'enseignement prend une importance toute spéciale à notre époque. Qu'il existe, comme on le croit généralement, un nombre plus considérable d'aliénés qu'autrefois, ou que la population morbide reste stationnaire, comme le suppose M. Lunier, il n'en est pas moins vrai que les besoins de la société exigent, d'abord, un nombre toujours plus grand d'hommes pourvus de connaissances spéciales en pareille matière, et ensuite, une diffusion toujours plus étendue des notions élémentaires de la psychologie morbide dans le Corps médical. M. Brouardel insistait récemment sur la nécessité de créer un corps de médecins experts près les tribunaux, qui, consacrant une large portion de leur temps à l'étude des maladies mentales, offriraient à la justice des garanties exceptionnelles. Sans doute, nous sommes amplement pourvus, à Paris, d'experts dont la compétence est universellement connue ; mais en est-il de même sur toute l'étendue du territoire ? Poser la question, n'est-ce pas la résoudre ?

D'autre part, le nombre si considérable d'aliénés qu'on



rencontre dans la population des prisons et des maisons de correction ne semble-t-il pas exiger, de la part des médecins attachés à ces établissements, une connaissance au moins élémentaire de la psychiatrie ?

Enfin, le mouvement général de notre époque, l'importance toujours croissante que prend la question des aliénés, la sollicitude éclairée que l'autorité manifeste à leur égard, tout concourt à faire de cette branche spéciale de nos connaissances une nécessité de premier ordre pour les médecins.

Or, malgré toute l'extension donnée depuis quelque temps à l'enseignement des maladies mentales, malgré l'affluence extrême des auditeurs qui suivent avec assiduité les cours officiels et les conférences libres, la grande masse de nos étudiants reste étrangère à la psychologie morbide. L'abondance des matières qui encombrent le programme de nos Facultés, l'espace de temps limité que le jeune homme consacre à la totalité de ses études, enfin les bornes naturelles de l'activité cérébrale, suffisent pour expliquer cette lacune.

Entrez donc dans un amphithéâtre où les sujets de cet ordre sont habituellement traités, et vous serez tenté de croire que l'immense majorité des médecins prend au moins quelque teinture de psychiatrie. Assistez, au contraire, aux actes probatoires de la Faculté, et vous serez forcés de reconnaître que l'immense majorité des étudiants sans en excepter les récipiendaires les plus instruits, sont restés complètement étrangers à cet ordre d'idées. Rien n'est plus fréquent aux examens que d'obtenir cette réponse :

« Monsieur, je n'ai pas étudié les maladies mentales. »

Or, l'expérience nous l'apprend, c'est seulement par la sanction pénale des examens qu'un nouvel ordre d'étude pénètre, pour ainsi dire, dans le domaine public. Il serait donc à désirer que tous les élèves fussent astreints à passer un examen relatif à la psychiatrie, et qu'ils fussent tous amenés à faire un stage de quelques mois dans les services d'aliénés.

Ce sont là, si l'on veut, des questions d'ordre intérieur, que le règlement des Facultés a seul le droit de régler et de résoudre ; mais, sans empiéter sur leur domaine, le législateur pourrait au moins, par une disposition générale,

marquer la nécessité d'une mesure semblable, qui serait certainement adoptée avec empressement par les autorités compétentes.

Ce sont ici des vœux que j'exprime, sans vouloir les traduire immédiatement en dispositions législatives. Mais il est des mesures faciles d'édicter et qui rendraient incontestablement de grands services, au point de vue social et pratique.

Ainsi, pour éviter les séquestrations arbitraires, on propose d'exiger deux signatures au lieu d'une, comme pour les actes notariés.

Quelle que soit l'utilité d'une disposition pareille au point de vue administratif et judiciaire, elle est absolument illusoire au point de vue scientifique.

Si le premier médecin n'est pas capable de porter, en médecine mentale, un diagnostic précis, pourquoi le second le serait-il davantage ? Deux incapacités ne font pas la monnaie d'un homme compétent.

Ne vaudrait-il pas mieux créer une catégorie de médecins spécialement investis de ce mandat et dont les capacités seraient démontrées par leurs titres, ou par des épreuves spéciales ? On puiserait à pleines mains, dans le personnel des facultés et des asiles, les éléments d'une semblable organisation.

Il est enfin un détail pratique dont l'expérience de tous les jours nous enseigne l'importance. Au moment où elle ordonne un placement d'office, l'autorité possède un dossier plein de renseignements précieux, qui, pour des motifs que j'ignore, ne sont jamais communiqués au médecin de l'asile qui reçoit le malade.

Or, la connaissance de ces faits, toujours utile pour le diagnostic, est quelquefois indispensable pour le gouvernement du malade. Les exemples surabondent, et il me sera facile d'en citer quelques-uns.

Un persécuté entre dans le service de la clinique, il y séjourne deux mois ; le calme est revenu dans son esprit ; on se propose de le mettre en liberté, et c'est seulement alors qu'on apprend qu'il avait proféré des menaces de mort contre un homme auquel il attribuait la plus grande part dans ses malheurs.

S'il avait été mis en liberté, un crime aurait peut-être eu lieu.

Pourquoi, dès lors, ne pas prévenir le médecin chargé du traitement, qui se trouve en présence d'un diagnostic purement médical et qui ignore les motifs qui ont déterminé l'arrestation? Cette omission, ne le voit-on pas, est aussi nuisible à l'enseignement qu'à la pratique de la médecine.

J'en ai dit assez pour démontrer la nécessité des réformes que je sollicite, et dont l'esprit général peut se résumer en ces termes :

L'institution du concours à tous les degrés est le complément nécessaire d'une bonne organisation de l'enseignement de la pathologie mentale.

Des renseignements dignes de foi me permettent d'ajouter que la commission sénatoriale favorise déjà des projets qui donneraient satisfaction, dans une certaine mesure, aux idées que je viens défendre devant vous.

Le vent enflé donc vos voiles, et tout vous convie à donner la sanction de votre autorité aux mesures libérales, qui sont assurées d'avance de l'approbation publique.

*Séance du 18 mars 1884.*

M. BLANCHE. — Je viens remplir mon devoir de rapporteur en vous présentant le résumé de la discussion à laquelle a donné lieu mon travail. J'ai relu attentivement les communications qui se sont succédé à cette tribune, et je n'y ai trouvé qu'une seule véritable critique s'adressant au fond même du rapport. On m'a reproché de n'y avoir pas témoigné de l'état d'esprit qui aurait dû seul inspirer le rapport fait par un médecin sur une question intéressant des malades, et d'avoir complaisamment sacrifié à des considérations d'un autre ordre, en un mot, d'avoir subordonné le médecin à l'autorité de la justice et de l'administration, et d'avoir ainsi consenti à un amoindrissement des droits qu'il tient de son diplôme de docteur, lorsqu'il s'agit d'aliénés, alors que ces droits sont entiers et sans aucun partage lorsqu'il s'agit de malades ordinaires, comme le sont les typhiques, les rhumatisants, les tuberculeux, les varioleux, etc., et tous ceux qui sont atteints d'affections réclamant le secours de la chirurgie.

Mais cependant, si les malades atteints d'aliénation mentale ne différaient pas, par un côté essentiel, de ceux compris dans ces diverses catégories, d'où venait donc la

nécessité de faire une loi à leur usage particulier, et si cette nécessité a été reconnue, si la réalisation de ce besoin a été proclamée comme un grand bienfait, il faut en conclure que les aliénés ne sont pas des malades ordinaires, et que, si le médecin seul suffit pour ces derniers, il ne peut, tout en demeurant le maître unique du traitement, rester le juge unique des mesures qu'entraîne ce traitement au point de vue de la liberté individuelle dont ils sont nécessairement privés, et de la gestion de leurs biens dont ils sont devenus incapables. Il est donc impossible que dans les mesures relatives aux aliénés, la justice n'intervienne pas. Et ceux de nos honorables collègues que cette intervention de la justice émeut le plus vivement, en ce qui concerne l'admission dans l'asile, ne sont-ils pas les premiers à l'invoquer lorsqu'ils sont en présence d'aliénés dangereux qui réclament leur mise en liberté ?

Accepter cette nécessité du concours de la justice, est-ce donc porter atteinte à la dignité du médecin ?

Pour ma part, je ne saurais être de cet avis.

Restait donc à bien établir que, dans cette union de la médecine et de la justice, c'était le médecin qui devait conserver le principal rôle ; c'est la pensée qui m'a dominé, et chacun pourra s'en assurer en relisant mon rapport. Je reconnais, toutefois, que mon opinion n'est pas reproduite avec assez de fermeté dans les conclusions ; aussi les ai-je modifiées de manière à ne laisser aucun doute sur mes sentiments à cet égard.

D'autres critiques ont été formulées contre certaines dispositions du projet de loi, dont les plus attaquées sont : l'obligation de la double signature pour l'admission de l'aliéné dans l'asile, le caractère d'abord provisoire de cette admission, qui ne deviendrait définitive qu'après la sanction de la justice, et l'installation, également provisoire, du nouvel arrivant jusqu'à la décision du tribunal.

Ces critiques, elles se trouvent dans mon rapport exprimées en termes très nets et très positifs.

J'ai, en effet, montré les difficultés que rencontrerait et les dangers même qu'offrirait souvent l'obligation des deux signatures ; pour ce qui est de l'admission provisoire, j'ai établi qu'au point de vue de la protection de la liberté individuelle, elle ne présentait pas une supériorité notable sur le régime actuel, et enfin, relativement à l'installation

également provisoire des nouveaux entrants, j'ai dit que, pour la réaliser, on serait entravé par d'immenses difficultés dans les asiles où on pourrait, à la rigueur, tenter de l'introduire, que les malades n'y trouveraient pas toutes les garanties désirables de sécurité et de bien-être, non plus que les soins qui leur sont surtout nécessaires à cette période de leur maladie, et j'ai affirmé, sans rencontrer un seul contradicteur, que, si on n'atténuait pas les exigences de la loi, l'application en serait absolument impossible dans les petits asiles, publics et privés.

Ceux de mes honorables collègues qui ont traité ces diverses questions à cette tribune ont donné à leur dissertation plus de développements que je ne pouvais le faire dans mon rapport, mais il ne me semble pas que mes arguments soient moins péremptoires pour être d'une forme plus concise et plus sobre. Je renouvellerai à ce sujet une déclaration que j'ai déjà faite : j'aurais dû les rappeler plus expressément dans les conclusions, et c'est une omission que j'ai également réparée.

On a été plus loin : en retraçant l'historique des circonstances au milieu desquelles était née et s'était développée la pensée de modifier la législation actuelle sur les aliénés, et en montrant comment était composée la commission chargée de l'élaboration du nouveau projet de loi, on a exprimé le regret que le parlement, la magistrature et l'administration réunis, aient eu des représentants plus nombreux que la médecine seule.

Les médecins, il est vrai, n'en formaient pas la majorité absolue; mais si on examine chacune des catégories dans lesquelles les choix ont été faits, on constate que l'élément médical était représenté par un plus grand nombre de voix que chacun des autres éléments; et, en définitive, ce sont les médecins qui y ont eu le rôle prépondérant, si l'on considère les opinions qu'ils ont fait prévaloir, remportant ainsi des victoires auxquelles tous, d'ailleurs, ici, nous avons rendu hommage.

Enfin, on a émis le vœu très légitime que l'enseignement de l'aliénation mentale eût dans les facultés l'importance qui lui est due, que l'on multipliât les épreuves ayant pour but et pour effet de s'assurer que les élèves avaient acquis un degré suffisant d'instruction.

Ce vœu, très légitime, je l'ai reproduit dans les conclu-

sions, en le joignant à un autre vœu déjà exprimé dans le rapport et relatif à l'institution du concours pour la nomination du personnel médical des asiles.

Je dois toutefois faire observer que la question de l'enseignement ne peut devenir une prescription légale et qu'elle reste exclusivement du ressort du Conseil supérieur de l'instruction publique.

Voilà ma réponse; je n'ai pas à l'étendre davantage, après la communication de mon honorable collègue, le docteur Lunier, qui non seulement n'a pas à s'excuser d'avoir empiété sur mes prérogatives de rapporteur, mais qui a droit à mes remerciements, que je lui ai déjà exprimés et que je lui offre de nouveau aujourd'hui.

Je remercie également mes autres honorables collègues qui ont parlé de mon travail en termes dont je suis très honoré et très reconnaissant.

Depuis la lecture du rapport, l'Académie a reçu trois documents qui méritent d'être mentionnés. Le premier émane de M. le docteur Maheut, professeur à l'École de médecine de Caen, médecin en chef de l'hôpital et médecin de la division des femmes à l'asile du Bon-Sauveur. M. Maheut, très justement préoccupé du sort réservé aux aliénés sortant guéris de l'asile et du silence de la loi sur ce sujet, voudrait que la protection dont ils ont encore besoin à ce moment pût leur être continuée soit par l'administration elle-même, soit par une de ces institutions charitables comme il en existe une à Paris pour les malades qui sortent de la Salpêtrière et de Bicêtre.

C'est assurément là une pensée humaine et généreuse à laquelle nous ne saurions trop nous associer, et nous l'avons introduite dans les conclusions sous forme de vœu.

Le second document a pour auteur M. le docteur Mignot, de Chantelle (Allier).

M. le docteur Mignot proteste contre l'article du projet de loi en vertu duquel toute maison où sera traité un aliéné sera assimilée à un asile sous le rapport de la surveillance; il blâme la tendance du moment à immiscer l'autorité publique dans des affaires où jusqu'à présent la famille était maîtresse d'agir, seule et sans contrôle, au gré de sa conscience et de ses convenances; il dit que le traitement des aliénés au sein de leur famille est celui qui procure le plus grand nombre de guérisons. Si des mesures inquisi-

toriales de contrôle et de surveillance étaient adoptées, il redouterait des difficultés de nature à décourager le dévouement des parents et à nuire aux malades, sans que ces inconvénients fussent compensées par de notables avantages.

Nous rassurerons M. le docteur Mignot en lui rappelant que le projet de loi ne parle pas des aliénés traités dans leur famille, et que c'est à la Commission du Sénat seulement qu'a été débattue cette question.

Il ne s'agit dans le projet de loi que de l'aliéné traité hors de sa famille dans une maison où il est même seul, confié à un personnel d'étrangers, et M. le docteur Mignot pensera comme nous, qu'avec cette nature d'installation il peut y avoir des abus auxquels la loi a le devoir de mettre obstacle.

La troisième communication est due à M. le docteur Bédoin, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes, qui a envoyé la copie d'un rapport médico-légal concernant un aliéné atteint de crises périodiques au cours desquelles il commettait des tentatives de meurtre, des homicides, allumait des incendies, qui était déclaré irresponsable, placé dans un asile, où il ne faisait que des séjours d'une durée insuffisante, et à peine rendu à la liberté, se livrait de nouveau à des actes de la même nature.

Nous remercions M. le docteur Bédoin de ce document, qu'il a transmis à l'Académie comme un témoignage de plus à l'appui de la huitième conclusion.

Il ne me reste plus qu'à vous lire les conclusions, modifiées de manière que les critiques formulées dans le rapport contre le projet de loi fussent mises plus en relief, qu'il y eût par conséquent une harmonie plus intime entre le rapport et les conclusions, ainsi que quelques-uns d'entre vous en avaient manifesté le désir, et que j'en ai reconnu l'utilité.

#### CONCLUSIONS :

1° La loi du 30 juin 1838, inspirée par les sentiments les plus élevés d'humanité et de respect de la liberté individuelle, a été un bienfait pour les aliénés. Elle a assuré la protection de leurs personnes et de leurs biens, en même

temps qu'elle leur a procuré les soins médicaux dont ils étaient presque complètement privés jusque-là.

Elle ne mérite pas les accusations dont elle a été l'objet, mais on doit reconnaître que, depuis l'époque où elle a été promulguée, grâce aux progrès de la science, certains besoins se sont produits ou se sont développés auxquels elle ne donne pas complètement satisfaction.

2° Parmi les dispositions du projet de loi destinées à remplir ces nouvelles obligations, les unes constituent des améliorations positives à l'état de choses actuel, d'autres peuvent être critiquées, certaines, enfin, nous paraissent devoir être dans la pratique d'une application très difficile et quelquefois même impossible; nous devons, en outre, faire remarquer que plusieurs d'entre elles auront pour effet d'augmenter les dépenses de l'Etat et des départements.

3° Le principe fondamental du nouveau projet de loi est l'intervention de la justice dans tous les mesures concernant les aliénés. Ce principe est juste.

La folie entraîne presque toujours, pour celui qui en est atteint la privation plus ou moins complète de sa liberté, en même temps que l'impossibilité de gérer ses affaires et de veiller à ses intérêts. Or, d'après les règles générales de notre droit, c'est à l'autorité judiciaire seule qu'il appartient de suspendre ou de supprimer la liberté individuelle; c'est elle qui, seule aussi, a qualité pour protéger les incapables.

Il y a donc un double motif pour que toutes les mesures relatives aux aliénés soient prises par la justice ou soumises à son contrôle.

C'est toutefois au médecin qu'il appartient d'indiquer et de prescrire ces mesures, et lui seul doit en conserver l'initiative.

En effet, les aliénés étant des malades, le médecin seul est compétent pour apprécier la nature du mal, ainsi que les mesures de traitement et de protection qui sont nécessaires.

4° C'est par application du même principe de l'intervention de la justice que le projet de loi assimile à un asile, sous le rapport de la surveillance, toute maison dans laquelle un aliéné sera traité, même seul, à moins que ce ne



soit sous la surveillance immédiate de son tuteur ou d'un proche parent, habitant dans la même maison.

Cette prescription légale, toute nouvelle en France, quoiqu'elle existe déjà dans d'autres pays, est de nature à prévenir des abus déplorables que l'on ne peut révoquer en doute et auxquels nous espérons qu'elle mettra fin.

5° Une autre innovation consiste dans l'obligation de présenter à l'avenir, pour l'admission d'un aliéné dans l'asile, deux certificats distincts, ou un certificat signé de deux médecins, et la loi prescrit que ces certificats soient très détaillés et fournissent tous les renseignements de nature à prouver la nécessité de l'internement.

Sans doute, cette prescription de la double signature semblerait devoir ajouter une garantie de plus au respect de la liberté individuelle, mais, sans y voir une atteinte portée à la dignité du médecin ni un amoindrissement de sa légitime autorité, nous déclarons qu'elle se heurtera le plus souvent à de très grandes difficultés dans la pratique, et que, si elle n'est pas tempérée par les restrictions que nous avons indiquées, elle pourra même offrir de graves dangers.

6° En vertu d'une disposition nouvelle, tout placement d'un aliéné dans un asile, que ce placement soit volontaire ou d'office, ne sera d'abord que provisoire et ne deviendra définitif qu'après la sanction de la justice; c'est là un corollaire de la pensée principale qui a présidé à la préparation du projet de loi, mais nous avons montré combien il serait à souhaiter que le magistrat, lors de sa visite, fût investi du droit de déclarer immédiatement le placement définitif, droit dont il userait dans le plus grand nombre des cas, et nous pensons, en outre, qu'il serait indispensable que le médecin de l'asile eût toute autorité pour placer, pendant la période provisoire, le malade dans les conditions qu'il jugerait les plus favorables à sa sécurité et à son traitement.

7° Quant aux placements d'office et aux placements d'urgence, nous nous félicitons pour la sécurité publique que le projet de loi les rende plus prompts et plus faciles, et nous voudrions en outre que l'autorité publique eût désormais le droit de prendre des mesures préventives, en profitant de tous ses moyens d'information, lorsqu'un aliéné lui est signalé comme dangereux.

8° Pour ce qui concerne les condamnés devenus aliénés pendant qu'ils subissaient leur peine, et les aliénés dits criminels, ou ceux considérés comme exceptionnellement dangereux, nous sommes absolument partisans de la création d'un ou de plusieurs asiles d'Etat, et nous ne pouvons qu'approuver toutes les garanties d'examen et de contrôle que l'on exigera dorénavant pour la mise en liberté de ces aliénés, mise en liberté que la justice pourra seule ordonner.

9° Nous donnons aussi notre approbation à de nouvelles mesures proposées, soit pour permettre aux interdits de présenter directement à la justice leurs requêtes à fin de mise en liberté, soit pour garantir d'une façon plus efficace la gestion des biens et des intérêts des aliénés.

10° Enfin nous demandons que toutes les affaires concernant le service des aliénés soient centralisées au ministère de l'intérieur, et qu'il y soit créé, soit une direction, soit une division, assistée d'un conseil supérieur dont nous avons indiqué la composition et les attributions et démontré la grande utilité.

Nous ne doutons pas que ce conseil, dans l'ordre de ses travaux, ne mette au premier rang la question du concours et ne s'empresse de proposer qu'il soit institué pour la nomination du personnel médical des asiles d'aliénés, ainsi que cela existe aujourd'hui à Paris pour les médecins des quartiers d'hospices affectés aux aliénés et administrés par l'Assistance publique. Cette institution du concours serait d'ailleurs parfaitement légitime et réalisable maintenant que les Facultés de médecine sont pourvues d'un enseignement officiel de l'aliénation mentale, et que, de plus, des cours particuliers fonctionnent régulièrement, au grand profit des élèves.

Nous émettons aussi le vœu que le conseil supérieur avise aux moyens d'assurer dans toute la France, aux aliénés sortant guéris des asiles, la protection qui leur est si indispensable quand ils rentrent dans les conditions de la vie ordinaire, alors qu'ils sont accueillis tout au moins avec méfiance, et le plus souvent repoussés comme des êtres incapables ou dangereux.

M. LE PRÉSIDENT. — Personne ne demandant la parole, je vais mettre successivement aux voix les conclusions de la

Commission. Je prie M. Blanche de vouloir bien en redonner lecture.

M. BLANCHE lit la première conclusion (p. 483). — *La première conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la deuxième conclusion (p. 484). — *La deuxième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la troisième conclusion (p. 484). — *La troisième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la quatrième conclusion (p. 484). — *La quatrième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la cinquième conclusion (p. 485).

M. LÉON LE FORT. — Dans cette conclusion, il y a deux parties qu'il importe de préciser bien distinctement : l'une, l'obligation de deux signatures de médecins pour l'admission d'un aliéné dans l'asile, et l'autre, la nécessité d'énumérer les symptômes pouvant autoriser cette admission. Je prie donc M. le rapporteur de disjoindre avec une grande netteté les deux points de la question.

M. BLANCHE. — Très volontiers : c'est une simple affaire de rédaction, que je vais immédiatement rectifier.

M. BOURDON. — Le deuxième paragraphe de cette conclusion ne diminue-t-il pas l'importance du premier, en laissant entrevoir les difficultés pratiques de la mesure demandée dans le nouveau projet de loi ?

M. BROUARDEL. — Voici pourquoi la Commission de l'Académie n'a pas voulu rejeter la nécessité de la production d'un double certificat, tout en en faisant comprendre les inconvénients : c'est que dans les diverses propositions et projets de loi, soumis en ce moment au Parlement pour divers objets de même ordre, notamment en ce qui concerne la réforme du Code d'instruction criminelle, on réclame partout la production d'un double certificat. Nous n'avons pas cru devoir nous inscrire d'une manière trop absolue contre cette opinion générale, et nous n'avons pas, en conséquence, repoussé complètement la double signature, tout en demandant, pour les cas urgents, qu'une seule suffise.

M. BLANCHE. — Ces réserves sont exprimées dans le rapport.

*La cinquième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la sixième conclusion (p. 485). — *La sixième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la septième conclusion (p. 485). — Je tiens à dire que cette conclusion a été insérée à la demande de M. Baillarger, afin que l'intervention de l'autorité puisse précéder l'acte criminel, toutes les fois qu'elle sera possible. — *La septième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la huitième conclusion (p. 486).

M. LARREY. — Ne serait-il pas nécessaire de spécifier des garanties certaines pour prévenir tout danger, toute surprise de la part des aliénés, en même temps que les abus de pouvoir dans leur interdiction ?

M. BLANCHE. — Il a été dit précédemment que les décisions de la justice ne pourraient jamais être prises sans être précédées d'un certificat médical. On a objecté, d'autre part, que le médecin de l'asile perdrait de son autorité ; je crois, au contraire, qu'il sera toujours heureux d'être déchargé de la responsabilité qu'il encourt en pareil cas et qui le fait trop souvent considérer, par les aliénés de cette espèce, comme un ennemi, en quelque sorte. Les exemples en abondent, et j'ai, en ce moment, présent à la mémoire le meurtre de notre regretté confrère, le Dr Marchant, médecin de l'asile de Toulouse, et père de l'un des plus distingués prosecteurs de la Faculté de Paris ; vous savez, Messieurs, que c'est un de ces aliénés qui assassina le Dr Marchant alors que celui-ci venait de lui refuser sa sortie.

C'est aussi afin d'éviter des malheurs pareils à celui dont notre éminent et cher collègue, M. Rochard, a failli être victime, que la Commission a tenu à vous proposer le vœu émis dans cette conclusion.

*La huitième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la neuvième conclusion (p. 486). — *La neuvième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. BLANCHE lit la dixième conclusion (p. 486). — *La dixième conclusion est adoptée à l'unanimité.*

M. LE PRÉSIDENT. — Je mets aux voix l'ensemble de ces conclusions. — *L'ensemble des conclusions est adopté à l'unanimité.*

M. CONSTANTIN PAUL. — Je demande la parole pour présenter une proposition additionnelle.

M. LE PRÉSIDENT. — M. Constantin Paul a la parole.

M. CONSTANTIN PAUL. — L'Académie ne jugerait-elle pas opportun de publier dans son *Bulletin*, sur trois colonnes

distinctes, d'abord et comme point de départ, la loi de 1838, en regard le nouveau projet de loi, et enfin les modifications que nous proposons à celui-ci ? De cette façon, nous pourrions avoir un résumé très clair et très utile de cette discussion importante.

M. LE PRÉSIDENT. — La proposition de M. Constantin Paul est-elle appuyée ?

M. LABREY. — Je l'appuie.

M. BLANCHE. — Cette proposition est excellente en principe, mais je crains qu'elle ne rencontre de grandes difficultés d'exécution. Voici le fascicule du projet de loi en discussion, c'est presque un volume ; de même pour la loi de 1838, et d'ailleurs, les articles ne se suivent pas. J'ajoute que l'exposé des motifs du nouveau projet de loi renferme la comparaison des deux textes, et il ne me paraît pas bien nécessaire, pour une simple question de coup d'œil, de demander à l'Académie de faire un tel travail, qui est plutôt d'ordre législatif.

M. HARDY. — Un semblable parallèle est d'autant plus difficile à établir, que les articles de ces lois ne se correspondent pas.

M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL. — De telles publications sont plutôt en effet dans les habitudes des assemblées législatives, et dans l'espèce, la proposition de M. Constantin Paul présenterait de grandes difficultés matérielles, eu égard au format de notre *Bulletin*, et à ce que les articles en question dans les divers projets ne sont pas toujours dans le même ordre : il faudrait, en outre, une sorte d'exposé des motifs pour justifier ce qu'il y a d'anormal dans cette nouvelle manière de faire. Quelle utilité pratique y aurait-il à cette innovation, au point de vue scientifique ?

M. THÉOPHILE ROUSSEL. — Il n'est pas tout à fait exact de dire, comme le croient quelques-uns de nos collègues, que les termes des divers projets sur la législation des aliénés ne concordant pas. Le cadre de la loi de 1838 est respecté dans la loi actuellement proposée ; le plan général est resté le même, il a seulement été agrandi, puisque celle-ci doit avoir 64 articles au lieu de 41 ; les principales additions se rapportent aux aliénés dits criminels et aux condamnés devenus aliénés.

La publication de ces divers textes, en regard les uns des autres, telle que la demande M. Constantin Paul, a déjà été

préparée par la Commission du Sénat, qui publiera très prochainement, sur quatre colonnes : 1<sup>o</sup> la loi de 1838; 2<sup>o</sup> le projet de loi actuel, tel qu'il a été déposé; 3<sup>o</sup> le projet publié par la Société de législation comparée en 1878, et 4<sup>o</sup> le projet modifié par la Commission. Cette publication sera tirée à un grand nombre d'exemplaires, et je crois qu'il sera facile de s'en procurer. Je ne vois donc pas quel grand intérêt l'Académie aurait à accepter la proposition de notre collègue. Il suffirait peut-être de reproduire les points nouveaux de la législation proposée, tels que ceux qui regardent les aliénés criminels, les moyens de contrôle de la loi, la création d'une commission permanente de surveillance des aliénés, d'un conseil supérieur à Paris, la nouvelle organisation de l'inspection générale, etc.

J'estime donc que la proposition de M. Constantin Paul vise plutôt le côté législatif que l'intérêt médical de la question, et qu'il n'y a pas grand avantage à publier dans notre *Bulletin* le travail comparatif qu'il demande.

M. LUNIER. — J'ajoute que nous ne nous sommes occupés que de cinq ou six articles sur les soixante-six que contient la loi projetée. Ce sont des vœux, d'ailleurs, que nous émettons plutôt que des modifications de textes que nous proposons; ce n'est pas à nous que ce rôle appartient. Au surplus, les renseignements fournis par M. Théophile Roussel permettent d'espérer que tous ceux de nos collègues qui trouveront quelque intérêt à ces études comparatives pourront aisément s'en procurer les éléments.

*De tous côtés.* — Aux voix!

M. CONSTANTIN PAUL. — J'aurais mauvais grâce à insister et je retire ma proposition, du moment que notre collègue nous assure qu'il sera facile de se procurer le texte comparatif dont j'avais cru devoir signaler l'intérêt.

M. GAVARRET. — On le trouvera au *Journal officiel*.

---

---

# REVUE DES JOURNAUX DE MÉDECINE

---

## JOURNAUX FRANÇAIS

Année 1882

### Union médicale

4. *Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides*; par le Dr Henri Huchard (n<sup>os</sup> 5 et 6).

Très intéressante étude dans laquelle l'auteur passe en revue quelques-uns des états morbides avec lesquels l'hystérie peut coexister et l'influence exercée par la névrose sur ces états morbides.

Le sommaire suivant dont M. Huchard a fait précéder son travail indique exactement les divers points qui y sont traités :

I. *Hystérie et fièvre typhoïde* : accidents hystériques donnant à la fièvre typhoïde une fausse apparence de gravité. Troubles *pseudo-méningitiques*, troubles ataxiques relevant de la névrose et non de la dothiéntérie. Celle-ci devient l'occasion de l'appel des phénomènes hystériques. — Exemple de paralysie hystérique des quatre membres succédant à une paralysie diphtéritique.

II. *Hystérie et affections inflammatoires*. — Angines, laryngites, bronchites, embarras gastriques avec spasmes du pharynx et de l'œsophage, du larynx, des bronches, de l'estomac (œsophagisme), aphonie et spasme glottique, toux nerveuse, dyspnée et polypnée, vomissements nerveux, etc.). Péritonisme hystérique (*pseudo-péritonite*, *spurious peritonitis* des Anglais) dans les affections utéro-ovariennes. — Hémorrhagie et vulvisme, etc.

III. *Hystérie et traumatisme*. — Hystérie locale et hystérie infantile : faits de Parsons, Brodie, Charcot, Lasègue. Traumatisme épigastrique et hématémèses névropathiques. Traumatisme et contracture.

IV. *Hystérie et rhumatisme*. — Le nervosisme (ou neurasthénie) l'irritation cérébro-spinale et l'hystérie sont souvent d'origine arthritique. *Pseudo-rhumatisme*. Paraplégie hystérique appelée par le rhumatisme.

V. *Hystérie et syphilis, scrofule, impaludisme, etc.* — Réveil, par la syphilis, des accidents hystériques.

VI. *Hystérie et tuberculose.* — Antagonisme entre la névrose et la tuberculose. Apparence de gravité chez les phthisiques hystériques par suite de l'exagération des troubles fonctionnels. Pseudo-tuberculose hystérique. Exemple d'hystérie viscérale.

2. *Rhumatisme cérébral avec complications cardiaques et pleuro-pulmonaires, traité par les bains froids*; par le Dr J. Besnier (n° 42, 47).

3. *Mal perforant du pied dans la paralysie générale*; par le Dr J. Christian (n° 46).

M. Lancereaux, dans son *Traité d'anatomie pathologique*, avait déjà rapporté un cas de mal perforant du pied chez une femme atteinte de paralysie générale.

M. Christian a eu occasion d'observer presque coup sur coup deux cas analogues et c'est à l'exposé de ces faits et à leur interprétation qu'est consacré son article.

Etant donné d'un côté qu'on attribue généralement le mal perforant à un trouble trophique des nerfs, et de l'autre que les troubles trophiques sont communs dans la paralysie générale, l'auteur pense qu'il n'y aurait rien d'étonnant à ce que le mal perforant dans la paralysie générale, fût une des manifestations de ces troubles nerveux si variés.

Il fait remarquer, en outre, que la paralysie générale, chez ses deux malades, n'a eu aucune influence fâcheuse sur la marche du mal perforant, fait qui concorde avec son opinion antérieure que la paralysie générale ne produit aucune aggravation dans les cas de complications chirurgicales.

Le dernier point signalé par l'auteur est la rémission survenue chez ses deux malades. M. Christian ne serait pas éloigné d'admettre que le mal perforant a été pour quelque chose dans ce résultat favorable, et aurait agi, par conséquent à la manière des plaies suppurantes qui améliorent parfois, comme on le sait, la paralysie générale.

4. *Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*; par le Dr Charcot (n° 23, 25).

Etude consacrée spécialement à la mise en relief du phénomène désigné sous le nom d'*hyperexcitabilité neuro-musculaire*, ce symptôme constant de l'état léthargique et que l'observateur



peuvent toujours — du moins dans les cas typiques — faire apparaître, à son gré, dans le cours soit de l'état cataleptique, soit de l'état somnambulique, par la mise en jeu de certaines pratiques.

Ces pratiques expérimentales, d'ailleurs innocentes, outre qu'elles provoquent l'apparition de phénomènes intéressants, constituent un moyen sûr de se mettre à l'abri de la supercherie et de la simulation, les malades se trouvant dans l'impossibilité de deviner et de réaliser volontairement l'apparition des phénomènes qui doivent se produire, dans tel ou tel groupe de muscles, d'après la nature et le siège de l'excitation provoquée.

5. *Considérations sur un cas de rage humaine traité par le hoàng-nàn; par le D<sup>r</sup> Gingeot (n° 44).*

Bien que ce cas de rage ait été suivi de mort malgré l'emploi du hoàng-nàn, l'auteur croit qu'on ne peut rien en conclure, l'administration du médicament ayant été défectueuse et tardive, et il pense qu'il y a lieu de chercher, par des études cliniques, à vérifier l'opinion accréditée au Tong-King sur l'utilité du hoàng-nàn contre la rage.

6. *Hydrocéphalie chronique consécutive à une attaque de méningite aiguë; emploi des courants continus; par le D<sup>r</sup> E. Mathelin (n° 48, 49).*

Le cas a été suivi de mort; mais l'auteur avait, pendant un long mois, obtenu une amélioration sensible par l'effet des courants continus. Aussi recommande-t-il ce moyen dans les maladies de cette espèce.

7. *Accidents nerveux graves déterminés par des coliques hépatiques; par le D<sup>r</sup> Cyr (n° 63).*

Observation d'une malade qui, à l'occasion de coliques hépatiques, présenta de la stupeur, une espèce de sidération profonde du système nerveux. L'auteur ne voit que deux explications possibles du fait. Ou il y a eu intoxication par résorption des acides biliaires; ou bien l'excès de la douleur locale avait, par action réflexe sur les centres nerveux, amené cette prostration, cet aspect quasi comateux.

C'est à cette dernière interprétation que se rattache le D<sup>r</sup> Cyr.

8. *De la neurasthénie* : par le D<sup>r</sup> Henri Huchard (nos 81, 82).

Dans cette étude détachée du *Traité des névroses* qu'il a publié depuis, l'auteur passe en revue les divers phénomènes morbides susceptibles de se présenter dans la *neurasthénie*, c'est-à-dire dans le nervosisme chronique, ou état nerveux.

9. *Accès de manie provoqué par un traumatisme*; par le D<sup>r</sup> Martel (n° 83).

Dans cette observation, communiquée le 14 juin 1882 à la société de chirurgie, il s'agit d'une jeune fille de vingt-neuf ans qui, dans le cours d'un phlegmon diffus de la main et de l'avant-bras consécutif à une piqûre d'épine, fut prise, immédiatement après les larges incisions qui furent faites, d'un accès de manie bruyante, sans fièvre, avec insomnie complète, bavardage et cris incessants, délire de persécution, etc. Cet accès de manie dura vingt jours et céda sous l'influence du chloral à haute dose.

En remontant dans les antécédents, M. Martel apprit que la mère de la malade était morte folle; d'où il conclut judicieusement qu'un traumatisme peut hâter et même provoquer l'explosion d'un délire maniaque, chez un sujet prédisposé héréditairement à la folie.

**France médicale**4. *De quelques modifications à apporter à la loi de 1838 concernant les aliénés criminels et les rechutes*; leçons cliniques de M. Aug. Voisin, recueillies par Legard, interne des hôpitaux (n° 1).

Les deux modifications que propose M. Voisin à la loi de 1838, et à l'exposé desquelles est consacrée sa leçon, sont les suivantes :

1° Tout individu qui, ayant commis un délit ou un crime, aura été reconnu aliéné, ne pourra sortir de l'asile ou de la maison de santé, qu'après une expertise médico-légale ordonnée par l'autorité judiciaire. En tout cas, il sera maintenu dans l'asile ou la maison de santé pendant un temps au moins égal au temps de prison auquel il aurait été condamné.

2° Tout individu déjà interné une ou plusieurs fois dans un établissement d'aliénés peut, en cas de récidive ou de rechute, être reçu dans le même établissement, sur le simple certificat

d'un médecin, visé par le maire ou le commissaire du quartier.

2. *Recherches expérimentales montrant que des causes diverses, mais surtout des lésions de l'encéphale et en particulier du cervelet, peuvent déterminer, après la mort, une contracture générale ou locale*; par M. Brown-Séquard (n° 2).

Les conclusions du travail de M. Brown-Séquard sont les suivantes :

1° Une contracture véritable peut survenir un certain temps après, aussi bien que quelque temps avant la mort, et cette contracture peut durer longtemps et passer à l'état de rigidité cadavérique ou disparaître complètement et permettre alors de reconnaître la persistance de l'irritabilité musculaire; 2° des diverses parties de l'encéphale, celle qui a le plus de puissance pour produire de la contracture après la mort est le cervelet; 3° la conservation de l'attitude qu'ils avaient avant la mort et qu'on a observée chez des soldats tués sur le champ de bataille dépend, non d'une apparition soudaine de la rigidité cadavérique, mais de la production d'une contracture véritable.

3. *Etude expérimentale sur la métalloscopie, l'hypnotisme et l'action de divers agents physiques dans l'hystérie*; par MM. A. Dumontpallier et P. Magnin (n° 7).

4. *Tremblement hystérique d'origine traumatique du membre inférieur droit; elongation du sciatique; guérison*; par M. Carali, interne des hôpitaux (n° 44).

5. *De la folie religieuse*; leçon de M. le professeur Ball, recueillie par M. Amand Chevallereau (nos 42, 45, 47).

Cette très intéressante leçon se trouve aujourd'hui tout au long dans l'ouvrage que le professeur Ball vient de faire paraître et qui a pour titre : *Leçons cliniques sur les maladies mentales*. Il faut la lire, car elle échappe à l'analyse.

6. *Observation d'hystérie chez l'homme*; par le Dr Rueff (n° 24).

7. *Sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques*; par M. J.-M. Charcot (n° 22).

Dans ce travail M. Charcot a résumé les caractères principaux des trois états nerveux qui composent l'hypnotisme savoir : l'état cataleptique, l'état léthargique et l'état somnambulique.

Ces caractères sont aujourd'hui connus de tous, et M. Charcot a eu surtout pour but de les rappeler et de les condenser dans une courte notice, communiquée à l'Académie des sciences.

8. *Note sur les effets de l'hypnose sur quelques animaux*; par M. H. Milne-Edwards (n° 22).

Après avoir rappelé les expériences du professeur Harting, d'Utrecht, qui après avoir soumis plusieurs fois des poules à l'hypnotisation les vit toutes successivement tomber malades et être atteintes d'hémiplégie, M. Milne-Edwards conclut que les manœuvres fréquentes d'hypnotisation doivent fatiguer les malades et leur être nuisibles. On en arrive à fabriquer peu à peu des *sujets de démonstration*, pour ainsi dire perfectionnés. Conclusion : il convient de ne pas pratiquer souvent l'hypnotisation, ou d'autres actions analogues, sur les hystériques.

9. *Erysipèle phlegmoneux du bras compliqué d'ictère, d'albuminurie et de délire alcoolique. Mort rapide. Autopsie. Lésions de l'aorte, du foie, des reins*; par le Dr Cauchois (n° 23).

10. *Hypothermie excessive à la suite d'une exposition prolongée au froid pendant un accès d'ivresse. Mort*, par M. de Gastel, interne des hôpitaux (n° 23).

11. *Observation de sclérose en plaques disséminées. Débuts apoplectiformes. Phénomènes hémiplégiques. Troubles de sensibilité spéciaux*; par M. G. Lecoq, interne des hôpitaux (n° 34).

12. *Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe, consécutives à une inflammation chronique de l'oreille moyenne*; par le Dr E. Régis (n° 35).

Cet article qui est la reproduction d'une communication faite à la Société médico-psychologique, a paru dans un des derniers numéros des *Annales*, au compte rendu des séances de la Société.

13. *De l'analogie des effets des lésions centrales et des lésions corticales du cerveau*; par M. Couty (n° 41).

Communication faite à l'Académie des sciences, dans laquelle l'auteur, adversaire résolu de la théorie des localisations cérébrales, démontre par ses expériences sur les singes et sur des chiens que les lésions centrales et les lésions corticales du cerveau produisent des effets analogues et que les localisations

fonctionnelles qu'on a voulu établir ont eu probablement pour point de départ diverses difficultés d'observation.

14. *Hémichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle. Guérison rapide par la faradisation d'un point limité du tégument externe*; par le Dr P. Merklen (n° 42).

15. *De l'hystérie viscérale*; par le Dr Henri Huchard (nos 44, 45, 46).

Cet article est extrait d'un ouvrage sur les *névroses*, paru depuis, et qui a été analysé dans l'un des derniers numéros des *Annales*.

16. *Un cas d'hystérie chez l'homme*; par M. G. Lecoq, interne des hôpitaux (nos 60, 61).

Hystérie chez un homme de vingt et un ans. Contracture permanente des membres inférieurs et pied-bot hystérique. — Contractions passagères généralisées de tout le système musculaire lisse ou strié. Crises convulsives. Erythème vaso-moteur au cours de l'une d'elles. Hyperexcitabilité musculaire dans l'état d'hypnotisme.

17. *Méningite tuberculeuse chez l'adulte*; par M. Liandier, interne des hôpitaux (n° 61).

18. *Syphilis cérébrale. Guérison*; par M. A. Chantemesse, interne des hôpitaux (n° 67).

Le point le plus intéressant de l'observation est l'efficacité vraiment merveilleuse du traitement consistant en frictions d'onguent napolitain et potion d'iodure de potassium qui, à deux reprises, fit disparaître rapidement des accidents cérébraux très graves avec état gâteux.

19. *De l'irritation cérébrale chez les enfants*; leçon de M. J. Simon, recueillie par le Dr A. Chevallereau (n° 71).

Description très intéressante de l'irritation cérébrale chez les enfants, et de troubles variés de l'intelligence, de la motilité et de la sensibilité par lesquels elle se manifeste. Ces enfants, issus de cérébraux et cérébraux eux-mêmes, passent leur bas âge dans un état d'éréthisme continuels ils sont excités, intelligents outre mesure, volontaires, capricieux, par-

fois inconsciemment érotiques, méchants, insensibles, disposés à frapper, à mordre, etc.

Passé le bas âge, l'excitation cérébrale se calme plus ou moins, mais l'enfant ne redevient jamais normal et il est disposé aux affections nerveuses cérébrales, et aussi à la folie.

Le traitement, qui est essentiellement sédatif, doit être surtout hygiénique. On y ajoute l'usage du bromure de potassium à doses progressives jusqu'à obtention de la prostration, et l'emploi de bains et de laxatifs fréquents.

20. *Accidents péritonéaux revenant périodiquement chez une hystérique; guérison*; par M. Dauchez, interne des hôpitaux (n° 75).

21. *Paralysie saturnine des extenseurs de la main par intoxication locale*; par M. Frémont, interne des hôpitaux (n° 73).

22. *Paralysie générale chez la femme*; leçon du Dr E. Régis (nos 14, 15, 16).

Cette leçon, faite aux élèves de la clinique de Sainte-Anne, a paru depuis en brochure et a été analysée à ce titre, dans un des derniers numéros des *Annales*, par M. le Dr Camuset.

J'en reproduis seulement ici les conclusions relatives à la symptomatologie de l'affection.

D'une façon générale, la paralysie générale est moins fréquente chez la femme que chez l'homme. En prenant pour terme de comparaison le chiffre moyen observé chez celui-ci, c'est-à-dire vingt et un sur cent cas d'aliénation, on trouve que la maladie est un peu plus de cinq fois moindre chez les femmes prises en bloc que chez l'homme; près de dix fois moindre chez la femme des campagnes, huit fois environ chez la femme de la haute société, et moins de trois fois seulement chez la femme des classes inférieures dans les grandes villes. Allant plus loin dans les détails, on trouve, en opérant dans les mêmes sphères sociales chez les deux sexes, deux femmes des campagnes paralytiques pour trois hommes de la même condition, une femme de la population ouvrière des grands centres pour trois hommes, et une femme seulement de la classe élevée pour près de treize hommes.

Contrairement à ce qui a lieu chez l'homme, l'époque de l'apparition de la paralysie générale, chez la femme, est des plus irrégulières et il n'est pas rare de la voir survenir soit

avant trente ans soit à près de soixante. Son apparition coïncide fréquemment avec la suppression de la fonction menstruelle. Elle paraît s'observer plus fréquemment chez les femmes ayant commis des excès bachiques ou vénériens.

La paralysie générale chez la femme débute, en général, d'une façon insidieuse et passe de la période prodromique à la période d'état sans ictus cérébral. Quelle que soit sa forme, *démence, expansive ou dépressive*, elle est surtout effacée, éteinte, comme torpide. Le calme plat qui la constitue est parfois traversé par des orages maniaques d'une durée plus ou moins longue, mais qui prennent le plus souvent le caractère de l'agitation physique. Les complications de toute sorte, et en particulier les attaques congestives, y sont plus rares que chez l'homme.

La paralysie générale chez la femme ne progresse que très lentement, sans secousse, sans bruit, par une série de transitions pour ainsi dire insensibles. Quelquefois elle semble s'immobiliser à une période quelconque, surtout à la dernière. Elle se prolonge plus longtemps; sa durée moyenne est de trois à quatre ans.

En raison de l'effacement de ses symptômes, la paralysie générale chez la femme ne se sépare pas très nettement, d'habitude, des autres démences dites organiques. Le diagnostic est souvent difficile et parfois même reste indécis.

Les lésions de la paralysie générale chez les femmes, ne paraissent pas différer, au moins si l'on en croit les auteurs, de celles observées chez l'homme.

23. *Colique de plomb. Encéphalopathie saturnine. Mort*; par le Dr J. Comby (n° 27).
24. *Contracture passagère professionnelle des fléchisseurs des doigts de la main droite chez une fleuriste*; par M. Ozenne (n° 58).
25. *Voracité entretenue chez une idiote épileptique par la présence d'un ténia. Violente indigestion suivie d'hémorragie méningée sans pachyméningite. Mort très rapide ayant éveillé un soupçon d'empoisonnement*; par M. le Gendre (n° 60).
26. *Méningite tuberculeuse cérébro-spinale*; par M. Albert Mathieu (n° 67).
27. *Diagnostic de la méningite tuberculeuse au début*; par le Dr Greffier (n° 68).

**Tribune médicale.****4. Etude clinique et anatomo-pathologique comparative de la démence et de l'idiotie; par le Dr Magnan (n° 699).**

Observation de démence très profonde ayant présenté, dans une certaine mesure, le type extérieur et quelques-unes des particularités de l'idiotie. En voici le sommaire : Aphasie (logopédie) progressive aboutissant au mutisme absolu; affaiblissement intellectuel progressif jusqu'à l'oblitération complète de toutes les facultés. Dans cet état de profonde démence : mouvements de balancement, voracité, sourire niais, vuidité du regard comme dans l'idiotie. Diminution des forces musculaires à la dernière période seulement. Sclérose diffuse avec atrophie de l'hémisphère gauche, à l'exception des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. L'hémisphère droit est normal sauf l'extrémité antérieure du lobe sphénoïdal sur laquelle adhèrent légèrement les méninges.

**2. Des illusions et des hallucinations de l'ouïe en rapport avec une lésion fonctionnelle ou organique de l'oreille; par le Dr Gellé (n° 708).**

Après avoir cité un certain nombre d'observations récemment publiées, et quelques autres, personnelles, l'auteur conclut, en résumé, que l'oreille peut être le point de départ tantôt d'illusions, tantôt d'hallucinations, et que ses lésions retentissent soit sur le centre sensoriel, soit sur les centres moteurs.

Le rapport entre l'hallucination de l'ouïe et les lésions de l'oreille semble bien établi; mais des recherches nouvelles établiront seules l'étendue de ce rapport. De plus, en poussant l'analyse plus loin, il sera peut-être possible d'expliquer aussi, par la présence de lésions de l'oreille moyenne ou interne (appareil des canaux semi-circulaires), certains actes des aliénés qui offrent des hallucinations peu faciles à classer et à expliquer, dont la caractéristique est le sentiment profond de légèreté, d'élévation, d'enlèvement au-dessus du sol, lequel est tout à fait l'opposé du phénomène brutal et terrifiant de la précipitation à terre, de l'enfoncement dans le vide, et qui se rencontre aussi dans la symptomatologie subjective du vertige auriculaire.



3. *De la folie puerpérale*; leçon de M. le professeur Ball, recueillie par G. Boyé (n° 709, 710).

A l'occasion d'un cas intéressant de manie puerpérale, qui sert de pivot à sa leçon, M. Ball passe successivement en revue les quatre formes de la folie puerpérale : 1° la folie de la grossesse; 2° la folie de l'accouchement; 3° la folie puerpérale proprement dite; 4° la folie de la lactation. Il en indique les caractères principaux, la nature, les causes, et conclut à l'interdiction sévère du mariage aux filles qui ont dans leurs antécédents des taches soit personnelles, soit héréditaires au point de vue mental. Ce sont ces filles, en effet, qui constituent le noyau le plus important des malades atteintes de folie puerpérale.

4. *Contribution à l'étude des paralyties par compression des nerfs*; par le professeur Vulpian (n° 711).

La compression prolongée des nerfs peut produire une paralytie de ces nerfs, caractérisée par une interruption passagère, mais plus ou moins durable, de la transmission des excitations des fibres nerveuses motrices aux faisceaux musculaires striés, bien que ces deux sortes d'éléments anatomiques aient conservé leurs propriétés physiologiques.

5. *Des altérations du système nerveux dans le myxœdème*; par le Dr Henry Henrot (communication au congrès scientifique de la Rochelle) (n° 734).

La maladie connue sous le nom de myxœdème semble essentiellement constituée par un retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif sous-cutané, sous-muqueux et interstitiel général, sous l'influence de l'hypertrophie des centres végétatifs, et particulièrement des ganglions du grand sympathique et des glandes vasculo-sanguines qui y sont spécialement annexées, comme le corps pituitaire et la glande pinéale, que l'on appelle aujourd'hui l'appareil *conorio-hypophysaire*.

#### **Journal des connaissances médicales.**

1. *De la paralysie agitante et du tremblement sénile. De l'électricité statique dans l'hystérie*; leçon de M. le professeur Charcot (n° 4).

En ce qui concerne la paralysie agitante, M. Charcot a sur-

tout insisté, dans sa leçon, sur les particularités qui, en dehors du tremblement, donnent à la maladie son aspect spécial.

C'est tout d'abord la rigidité musculaire qui détermine une attitude particulière, qui fait que le malade semble empalé. Cette rigidité est due à la contracture musculaire, plus constante encore que le tremblement. L'attitude ainsi produite est assez caractéristique pour qu'on puisse diagnostiquer la paralysie agitante, alors même qu'il n'y a pas de tremblement. Mais cette contracture localisée dans certaines régions, donne lieu à des phénomènes non moins importants : la face exprime l'étonnement et un certain degré de concentration de l'esprit ; le regard est fixe, la physionomie bébétée, expression due à la contraction de certains muscles du visage. La parole est altérée, quelquefois un peu saccadée, se produisant comme par une série de petites explosions et s'accompagnant même de bredouilllements ; mais ces troubles ne sont nullement en rapport avec les altérations cérébrales, et dépendent uniquement des troubles de la contraction musculaire.

La rigidité musculaire, au niveau des membres supérieurs, donne lieu à des déformations assez analogues à celles que produit le rhumatisme chronique.

À ces phénomènes, auxquels il faut joindre encore le défaut d'équilibre, qui donne lieu soit à la propulsion soit à la rétro-pulsion, viennent s'ajouter certaines sensations spéciales, d'une interprétation très difficile, telles qu'un malaise indéfinissable se traduisant par un besoin incessant de changer de position, un sentiment constant de chaleur excessive, sensible surtout à la région épigastrique et sur le dos. Chose remarquable, quelle que soit l'intensité de cette sensation, la température centrale n'est nullement modifiée.

À propos du tremblement sénile, M. Charcot fait remarquer combien est erronée cette idée que le tremblement est fréquent chez les vieillards. Le contraire serait plutôt vrai, car la plupart des tremblements dits séniles ont commencé à un âge peu avancé, le plus souvent sans cause connue, quelquefois à la suite de quelque émotion morale. Ce tremblement qui diffère de la paralysie agitante par l'absence de contracture et des autres phénomènes concomitants, se localise souvent sur un groupe de muscles donnant lieu quelquefois à des mouvements singuliers. Comme la paralysie agitante, le tremblement sénile ne paraît influencé par aucune espèce de traitement, sauf dans les cas exceptionnels.

Quant à ce qui concerne les effets de l'électricité statique dans l'hystérie, M. Charcot en a depuis longtemps constaté l'efficacité; comme certains autres agents physiques, elle ramène la sensibilité, et présente cet avantage que presque toutes les malades y paraissent sensibles, que ses résultats sont plus durables et que, pendant le retour de la sensibilité qu'elle a provoquée les malades sont moins sujettes aux attaques.

2. *Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique, pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques*; par M. Charcot (n° 9).

Le seul fait que M. Charcot veuille pour le moment relever de ces expériences, c'est l'impressionnabilité au courant galvanique des régions Encéphaliques motrices pendant l'état de léthargie hypnotique.

3. *La cirrhose alcoolique par ordonnance de médecin ou le danger de l'alcool chez les diabétiques*; par M. V. Cornil (n° 43).

M. Cornil cite plusieurs cas dans lesquels des diabétiques sont devenus atteints de cirrhose sous l'influence du vin pur et de l'alcool, à l'usage desquels les avaient soumis leurs médecins. Il en conclut : 1° qu'il est dangereux de conseiller de grandes quantités de boissons alcooliques aux diabétiques; 2° que ce danger apparaîtra d'autant plus grand aux médecins convaincus du rôle prépondérant du foie dans le diabète.

4. *Sur un cas de tuberculose pulmonaire avec complication de manie aiguë*; par M. Ch. Leroux (n° 34).

L'auteur rapporte une observation intéressante de tuberculose pulmonaire, compliquée pendant les neuf derniers jours de la vie d'un accès de manie aiguë avec délire incohérent et agitation très vive. Le cerveau ne présentait aucune lésion à l'autopsie. Partant de ce fait, plein d'intérêt, M. Leroux rappelle en quelques mots l'histoire de l'état mental dans la phthisie et admet que toutes les formes de folie peuvent se présenter dans cette affection. Malheureusement, il confond deux choses absolument distinctes : la folie qui survient au début ou dans le cours de la phthisie, et qui est considérée par tous comme une folie sympathique ou symptomatique, et la folie de la période ultime, mise en lumière surtout par M. Peter et M. Ball, et dans laquelle il s'agit, non plus d'une folie liée véritablement à la phthisie, mais d'une espèce de délire toxique,

déterminé, comme on l'admet, par la saturation du sang par l'acide carbonique, aux dernières périodes.

C'est d'un cas de ce genre qu'il s'agissait, pensons-nous, dans le fait rapporté par M. Leroux.

### Journal de thérapeutique.

1. *Etiologie et traitement des spasmes fonctionnels (crampes, contractures, etc.)*; par le Dr Daily (n<sup>os</sup> 3 et 4).

Excellent article, qu'il faut lire, sur les spasmes fonctionnels, leur nature et leur traitement. Le journaliste F. Sarcey ayant consacré plusieurs de ses chroniques à la crampe des écrivains, et ayant, en fin de compte, exprimé cette idée qu'un médecin devrait bien écrire sur ce sujet une monographie qui serait utile à tous, M. Dally prend spirituellement à partie le journaliste, et en profite pour donner d'excellents conseils sur le traitement de la crampe des écrivains, dont il fait le résultat de l'épuisement momentané des sources cérébrales de l'innervation limitée à un point très circonscrit des circonvolutions gauches (ou droites chez les gauchers), à savoir celui qui est en rapport avec les sensations et les mouvements de la main. M. Dally recommande surtout, et expose du reste en détail, contre les spasmes professionnels, l'éducation méthodique du membre appelé à fonctionner, ou la correction du vice s'il existe, le délassement des muscles fatigués, mais surtout, les manipulations, spéciales dans chaque cas, auxquelles on peut adjoindre l'action des courants galvaniques et les sudations par encaissement à la chaleur sèche suivies de douches froides.

Dr E. Récis.

## JOURNAUX ITALIENS

Année 1882

1. E. Morselli. Intorno al numero ed alla distribuzione geografica delle frenopatie in Italia (*Archivio italiano per le malattie nervo e più particolarmente per le Alienazioni mentali*, I et VI). — 2. A. Verpa. Sull'oidiofobia (Ibid. II). — 3. P. Funaioli. Sarcoma fuso-cellulare della base del cranio con ramollimenti multipli e più specialmente dei grossi gangli del cervello (Ibid. III). — 4. R. Tambroni. Della guarigione spontanea della epilessia (Ibid. IV). — 5. C. Bareggi. L'agarico moscario nostrano sperimentato in varj casi di psicopatie d'indole depressiva (Ibid. IV). — 6. B. Bonatti. Nuova applicazione terapeutica dell'idrato di cloralio (Ibid. IV). — 7. L. Vianenzi. Sulla sclerosi dell'alveus nei Corni d'Ammonio di un epilettico (Ibid. V). —

**8.** A. Verga. Censimento dei pazzi (Ibid. VI). — **9.** G. Buccola. Sulla durata delle percezioni olfattive (Ibid. VI). — **10.** Albertoni. La eotoina (Ibid. VI). — **11.** F. Tartuferi. Studio comparativo del tratto ottico e dei corpi genicolati nell'uomo, nella scimia, e nei mammiferi inferiori (*Rivista sperimentale di freniatria e di medicina legale*, I. II. III). — **12.** G. Seppilli. Ricerche sul sanguigno negli alienati. 1° frenosi pellagrosa (Ibid. I. II). — **13.** G. Riva. L'alimentazione negli alienati sitofobi (Ibid. I. II). — **14.** E. Morselli. Il peso specifico dell'encefalo negli alienati (Ibid. I. II. III). — **15.** G. Buccola. I deliri sistematizzati primitivi (Ibid. I. II). — **16.** O. Frœnkel. Sul peso della calotta cranica nella paralisi progressiva (Ibid. I. II). — **17.** A. Tamburini et G. Seppilli. Contribuzioni allo studio sperimentale dell'ipnotismo. 2° communication. Ricerche sui fenomeni di moto, di senso, del respiro e del circolo nelle così dette fasi letargica, catalettica e sonnambolica della ipnos isterica (Ibid. I. II. III. IV). — **18.** A. Tamassia. Dell'influenza del sistema nervoso sull'irrigidimento cadaverico (Ibid. I. II). — **19.** G. Seppilli. I riflessi tendinei studiati nello stato fisiologico, nelle malattie nervose, nelle frenopatie (Ibid. III. IV). — **20.** Tamburini et Seppilli. Parricidio, fratricidio e tentato matricidio, all'età di 16 anni (Ibid. I. II. III. IV). — **21.** Morselli et Bergesio. Ricerche cliniche intorno all'azione ipnotica e sedativa della paraldeide nelle malattie mentali (Ibid. III). — **22.** Bianchi. Contribuzioni sperimentale alle compensazioni funzionali corticali del cervello (Ibid. IV). — **23.** L. M. Petrone. Il delirio uremico maniaco nell'affezioni renali (Ibid. IV). — **24.** G. Gaglio et E. di Mattei. Sulla ineguaglianza di sviluppo e di peso degli emisferi cerebrali (Ibid. IV). — **25.** G. Baistrocchi. Idroencefalomieli con fibrosarcoma meningeo della base (Ibid. III). — **26.** G. Caruso. Due casi d'irritabilità spinale (I. *Pisani*, IV. V. VI.)

(1). — Pour établir la *statistique* des frénopathies, trois méthodes, dit M. Morselli, se présentent à l'esprit; 1° celle de la numération générale qui emprunte ses éléments à l'ensemble de la population; 2° celle du dénombrement des malades qui se trouvent dans les asiles; 3° celle de l'examen des registres de la conscription (cas de réforme). La première méthode ne fournit évidemment que des indications générales concernant le sexe, l'âge, les couches sociales; avec elle on n'obtient que des diagnostics sans valeur. Le relevé des aliénés qui forment la population des asiles aboutit à un tableau très incomplet de la totalité des psychopathes existants, parce qu'en Italie les établissements consacrés aux maladies mentales ne contiennent environ qu'un tiers de l'ensemble des aliénés et des idiots; la proportion pour 1877 était de 34 p. 400 : elle varie du reste suivant les diverses régions ou provinces entre 60 p. 400

(Emilie) et 12,6 (Sardaigne). Seuls les résultats des opérations du recrutement dégagent des éléments vraiment scientifiques, mais ils ne portent que sur le sexe masculin et sur un âge déterminé. On ne peut par conséquent obtenir qu'un *nombre probable*, mais on peut l'obtenir par ce dernier moyen, en opérant, par exemple, sur les années 1869-78, c'est-à-dire sur une quotité de 2,726,038 individus, surtout si l'on tient compte de quelques autres proportions mises en lumière, notamment par Verga qui a montré que de 1874 à 1877 les asiles avaient supporté un accroissement de population de 14,42 p. 100, et par Crichton Browne qui prétend que le chiffre des aliénés en liberté est le double au moins de celui des aliénés placés. Il en résulterait que l'Italie renferme à peu près 170 aliénés par 100,000 habitants, qu'elle possède en conséquence 80,000 psychopathes. Il y faudrait joindre un grand nombre d'épileptiques; pour opérer cette addition, on se baserait sur la proportion de Russel Reynolds qui pense que 62 p. 100 de la totalité des épileptiques ont l'intelligence altérée. Or, l'Italie renferme 20,000 épileptiques, dont 1,014 seulement habitaient les établissements spéciaux en 1877. Les asiles ne contiennent que 384 hystériques; c'est dire qu'un grand nombre échappent à la numération: même remarque pour la chorée, les névropathes, les affections organiques et syphilitiques de l'encéphale. En somme, bien que la certitude numérique laisse à désirer, les modalités psycho et neuro-pathologiques s'accroissent en Italie. La mortalité de leur fait serait de 7 à 8 p. 100 sur la mortalité générale. Les prisonniers fournissent une grande quantité d'aliénés; sur 65,000 détenus, on compte 7,800 individus plus ou moins atteints par le cerveau ou le système nerveux.

La pellagre produit un fort contingent d'aliénés. En 1877, sur 98,000 pellagres, 1,348 étaient dans les asiles. En 1879, dans le district de Crémone, on comptait sur 100 pellagres 10,3 aliénés; la proportion est de 12,8 dans celui de Casalmaggiore; de 18,6 dans celui de Crema; de 7,4 dans la province de Modène; les pellagres du district de Lecco fournissent 32 p. 100 de symptômes cérébraux. La conscription des années 1869-78 présente sur 40,000 individus les exemptions suivantes:

Psychose.....	2.18
Idiotie et crétinisme.....	10.54
Epilepsie .....	11.53
Maladies nerveuses en général ..	25.59

En comparant ces nombres au chiffre de la population totale de l'Italie, en envisageant que l'on ne s'occupe dans l'espèce que des individus mâles âgés de vingt ans et que le nombre des affections en question croît avec l'âge, en se rappelant que la quantité des psychoses est considérablement plus forte que les listes officielles ne le portent, on est autorisé à penser que la proportion des cérébropathes et des névropathes en Italie est le 1/200 de la population totale. Voici maintenant le résumé de la *distribution géographique de la folie*. La plupart des psychoses pures concernent la Ligurie (4,07) et l'Emilie (3,87); le plus petit nombre, la Basilicata (0,50) et l'Ombrie (0,70). L'idiotie est surtout fréquente en Lombardie (46,94) et en Ligurie (46,66); elle est le plus rare dans le Latium (5,49) et la Calabre (5,72). Le crétinisme abonde dans les provinces de Sondrio (30,91), Vicenza (21,24), Brescia (22,33); il est nul dans les provinces de Trapani, Foggia, Reggio Calabre. L'épilepsie fourmille en Ligurie, en Sicile (influence de l'alcool, et en particulier de l'absinthe); elle est minime dans les provinces de Basilicata, Puglie, Sardaigne, en Campanie. Sa fréquence proportionnelle chez l'homme et chez la femme se formule par les chiffres 46 : 54. 75 p. 400 des cas se montrent dans les vingt premières années de la vie. L'Italie, sur 5,000 habitants, a à peu près 6 épileptiques. Les maladies nerveuses hantent surtout la Ligurie et la Sicile; c'est en Apulie et dans le Latium qu'elles sont le moins fréquentes. Ravenne fournit à la fois une très forte proportion centésimale d'épileptiques, de psychopathes, de suicides et de criminels.

(2). — Rappelons que l'*oïcophobie* désigne un état mental tout particulier, en vertu duquel l'aliéné éprouve une terreur insurmontable quand il s'agit de revenir dans ses pénates, de sorte qu'il préfère demeurer à l'établissement. Or M. Verga fait remarquer à M. Salemi-Pace, le créateur de cette modalité morbide, que les malades qui craignent de quitter l'asile sont des persécutés, y ayant trouvé le repos, le calme; ils redoutent, en rentrant chez eux, de subir les mêmes épreuves que par le passé: de là leur aversion pour leur domicile. Il n'y a donc pas lieu de créer une nouvelle forme nosographique.

(3). — Le *sarcome fuso-cellulaire* de M. Funaioli pèse 445 grammes. Il est originaire des apophyses clinoides antérieures. L'aveugle psychopathe chez lequel on le rencontra n'avait

présenté pendant la vie que des attaques épileptiformes dans les derniers stades de la maladie. L'état mental était caractérisé par de la mégalomanie avec hallucinations de la vue. L'autopsie décèle des altérations atrophiques du nerf optique et de la rétine; le néoplasme a détruit ou comprimé les circonvolutions inférieures des lobes frontaux, la partie antérieure du corps calleux, la substance perforée antérieure, le chiasma des nerfs optiques, une grande partie du noyau caudé, de la couche optique, de l'avant-mur et du noyau lenticulaire. Les deux tiers postérieurs du noyau lenticulaire, de la capsule interne, de l'avant-mur et de la capsule externe sont conservés. Poids du cerveau 4,040 gr.; du cervelet, 430 gr.

(4). — M. *Tambroni* rapporte l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, dont les accès d'épilepsie n'avaient pu être enrayés par le K Br et l'atropine; ils guérirent complètement par le fait d'un régime approprié. S'agit-il d'une restauration fonctionnelle émanée de la réparation de la nutrition?

(5). — Plusieurs auteurs attribuant à l'*amanita muscaria* une action enivrante, M. *Bareggi* se proposa de l'essayer dans les formes dépressives de la folie. En même temps il résolut de contrôler les assertions d'après lesquelles aucun champignon n'est toxique quand il a macéré dans de l'eau salée ou dans de l'eau acidulée avec du vinaigre. A cet effet il administra dans de l'eau acidulée les parties du champignon qui avaient crû sous terre, après les avoir au préalable pelées, desséchées et pulvérisées. Aux doses de 12 à 20 grammes, ce végétal détermine une hypothermie buccale et temporelle; aux doses de 20 à 30 grammes, doses enivrantes, on observe de l'hyperthermie des mêmes régions: augmentation du nombre des battements du poulx. La salivation, la diminution de la force musculaire, la mydriase, ou les phénomènes inverses constituent autant d'effets variables et inconstants. Presque toujours la mélancolie fit place à de la gaieté. Rien du côté de la digestion.

(6). — Il s'agit ici d'associer l'hydrate de chloral au séné. Les formules suivantes constitueraient d'excellents remèdes drastiques, faciles à employer, agissant rapidement, et sûrs dans leurs effets:

1° Infusion de séné titre 2 0/0 . . .	300 gr. (colat.)
Hydrate de chloral. . . . .	1 gr. 50 à 2 gr.
Sirop simple. . . . .	30 grammes.



2° Infusion séné saturée titre 3 0/0. . . . .	300 gr. (colat.)
Hydrate de chloral. . . . .	1 gr. 50 à 3 gr.
Sirop simple . . . . .	30 grammes.

M. Bonatti en a obtenu des résultats en des cas où le jalap et l'huile de croton s'étaient montrés inefficaces.

(7). — L'observation de M. Vincenzi concerne un homme de quarante-huit ans mort de tuberculose pulmonaire et de gastro-entérite de même nature, atteint d'épilepsie à l'âge de quarante ans (hérédité, excès alcooliques); complication de manie furieuse; accès toujours précédés d'hallucinations de la vue. On trouva à l'autopsie les *deux cornes d'Ammon* petites, indurées; sclérose de l'alveus s'étendant à toute la substance blanche de la circonvolution de l'hippocampe et aux piliers postérieurs du trigone. Ici apparaît l'utilité du microscope qui seul permet de préciser le siège des lésions anatomiques et de limiter l'étendue des altérations. Toute la question pathogénétique est là dans l'espèce.

(8). — Au 31 décembre 1880, soixante-deux établissements d'aliénés de l'Italie renfermaient 47,471 malades (9000 H. et 8,471 F.). On note à Gorizia, Trient, Trieste une plus-value de 269 (154 H. 115 F.). Sur 10,000 habitants il y a 61,25 aliénés c'est-à-dire 1 aliéné pour 1,634 habitants. La plus grande partie des malades hommes ont de 21-40 ans, les femmes ont de 41-60 ans. Les célibataires constituent le double des gens mariés; il y a trois fois plus d'aliénés mariés que de veufs. Les juifs et protestants sont en majorité, de même que les illettrés. Accroissement depuis 1874 et 1877 des folies pellagreuses, alcoolique, épileptique, hystérique; diminution ou état numérique stationnaire de la folie morale, de la folie cyclique, de la folie hallucinatoire, de la folie puerpérale, de la folie sénile. Les manies furieuses sont, grâce à l'humanité du traitement, devenues rares. Les formes maniaques sont plus fréquentes que les mélancoliques. La folie pellagreuse est des plus fréquentes en Vénétie, presque inconnue en Sicile, en Sardaigne et à Naples. L'alcoolisme fleurit surtout dans l'Italie supérieure (Ligurie), le crétinisme hante de préférence la Lombardie. On trouve beaucoup de psychoses hystériques et puerpérales en Vénétie. On observe un nombre infini de folies épileptiques en Toscane. Tel est le substratum condensé du mémoire de M. Verga.

(9). — Pour apprécier la *durée des perceptions olfactives*, il

faut saisir, avant tout, le moment précis où la substance odorante arrive au contact de la muqueuse chargée de la perception. Une boîte contient la matière odorante; au moment où elle s'ouvre, le couvercle, dans le mouvement qu'il effectue, fait passer un courant électrique qui met en marche les aiguilles du chronoscope de Hipp. M. Buccola a trouvé par ce procédé que

Pour l'eau de Cologne le temps

de la réaction varie entre. 0,320 et 0,740 de seconde.

Pour l'éther sulfurique. . . . 0,480 et 0,370.

Pour l'essence de girofles. . . 0,340 et 0,570.

(10). — Il existe dans le commerce une écorce connue sous le nom d'écorce de coto. Jobst en a tiré la *cotoïne* constituée par des aiguilles et des écailles jaunes dont la formule serait  $C^{22} H^{18} O^6$ . Elle ne se dissout facilement dans l'eau que si l'on ajoute un carbonate alcalin. C'est cette substance qu'*Albertoni* a expérimentée sur plus de cent individus. Il en recommande l'emploi à la dose de 15 à 20 centig. répétée trois fois par jour, soit dans du pain azyme, soit dans un julep gommeux, contre les diarrhées opiniâtres, colliquatives, des paralytiques généraux ou des déments à la dernière période. En tout cas, ce médicament n'a jamais eu d'action nocive, même à la dose de 60 centigrammes.

(11). — Voici le résumé des études d'anatomie comparée de *M. Tartuferi*. [Les fibres de la bandelette optique, après avoir dépassé le pédoncule cérébral, se divisent en trousseaux qui se mêlent à la substance grise. Ces trousseaux chez les mammifères inférieurs proviennent pour la plus grande part de la bandelette optique; ils pénètrent dans la profondeur et vont gagner le corps genouillé postérieur. Le corps genouillé externe repose immédiatement sur le pédoncule cérébral en avant et en dehors du pulvinar. Celui-ci est constitué par de la substance grise originaire de la bandelette optique; les fibres de cette substance pénètrent dans la profondeur pour aller former les corps genouillés interne et externe. En somme le pulvinar des primates est représenté chez les mammifères inférieurs par un amas gris; le corps genouillé externe, par une intrication mixte; la bandelette optique, chez les uns comme chez les autres, présente les mêmes dispositions dans sa portion suprapédonculaire. L'étude microscopique décèle dans ces divers organes, chez l'homme,

les particularités suivantes. Les cellules nerveuses du pulvinar, irrégulières, émettent de nombreux appendices très-fins qui subissent tout près du corps de la cellule la division dichotomique. Le corps genouillé externe contient, immédiatement au-dessous du revêtement de substance médullaire, des séries ordonnées de cellules triangulaires qui reçoivent le cylindraxe du tube nerveux par l'angle externe (filament protoplasmique ténu), tandis que des angles opposés partent de robustes prolongements. Dans les corps genouillés interne et postérieur les cellules n'affectent pas de forme définie; les prolongements du protoplasme ne se dichotomisent pas, chacun d'eux constitue un axe d'où partent des branches accessoires. Autres différences morphologiques. Chez l'animal, le corps genouillé antérieur n'a pas le sillon profond qui se voit chez l'homme; chez l'homme, le corps genouillé interne est dans son tiers antérieur recouvert par le pulvinar; chez les primates, le pulvinar, les éminences bigéminées antérieures et le corps genouillé interne limitent une incisure profonde qui sert de conduit aux fibres de la bandelette optique, disposition qui n'existe pas chez les mammifères inférieurs. — Deux planches renfermant de nombreuses figures permettent de suivre les descriptions.

(12). — Le sang des aliénés pellagres a fait l'objet des premières recherches de *Seppilli*. Il s'est servi de l'hématimètre d'Hayem et de Nacbet, et de l'hémoglobimètre de Bizzozero. Trente femmes et vingt-cinq hommes ont été examinés à plusieurs reprises. De l'ensemble des examens il résulte que chez la plupart des aliénés pellagres les hématies et l'hémoglobine diminuent; quand l'amélioration psychosomatique se produit, on observe une amélioration parallèle du côté du chiffre des éléments anatomiques et chimiques envisagés, sans cependant qu'on soit en mesure de formuler de rapport fixe entre le contenu en hématies et la quantité d'hémoglobine; chez les incurables, les déficits cités persistent. Le traitement tonique et reconstituant s'impose. Les injections intrapéritonéales de sang et de citrate de fer ammoniacal mériteraient de fixer l'attention dans l'auémie grave des pellagres, puisqu'elles sont inoffensives pour les patients; l'auteur se propose de leur consacrer des recherches plus étendues, ainsi qu'aux inhalations d'oxygène d'Hayem.

(13). — Une idée nouvelle se dégage du travail de *M. Riva*. Cet auteur s'est demandé quel pouvait être l'état du contenu

de l'estomac, deux heures après l'introduction artificielle des aliments chez un *sitophobe* ; il a ramené sur une éponge engagée à l'extrémité inférieure d'une sonde œsophagienne du suc gastrique. L'acidité de cette humeur aurait diminué dans la stupeur incomplète et surtout dans la psychose pellagreuse (2 cas) ; réaction manifestement acide dans la folie épileptique et dans la folie alcoolique. En tout, cinq cas. On conçoit que, comme le dit M. Riva, il serait prématuré de prétendre conclure. Le travail passe en revue la valeur des divers peptones, du lavage de l'estomac, et de la cavité buccale à l'aide des alcalis, des lavements alimentaires.

(14). — Quel est le *poids spécifique de l'encéphale* des gens bien portants et des aliénés ? quels sont les moyens à employer pour le déterminer ? quelle est l'influence de l'âge, du sexe, de la dernière maladie sur le poids spécifique en question ? Telles sont les questions auxquelles s'est proposé de répondre M. *Morselli*. Quarante-quatre encéphales d'*aliénés* ont notamment été examinés à ce point de vue, et l'on a tenu parallèlement compte des altérations anatomiques (tableau complet à cet égard). Nous consignons brièvement les résultats. Le poids spécifique de l'encéphale des aliénés est en moyenne plus élevé que celui des individus sains. Le cervelet et le mésocéphale des aliénés possèdent une densité proportionnellement plus grande que celle des hémisphères cérébraux, comparativement à ce que l'on observe chez l'individu sain. Aux saisons chaudes de l'année, le cerveau, et surtout le cervelet, offre une densité plus grande.

	Printemps.	Été.	Automne.	Hiver.
Densité du cerveau	1,03375	1,03548	1,03083	1,03443
Densité du cervelet	1,04282	1,04777	1,04223	1,04484.

Le poids spécifique de la substance cérébrale est généralement plus considérable pour les cerveaux et cervelets d'un petit volume et d'un poids absolu inférieur. Le cerveau et le cervelet des aliénés femmes possèdent un poids spécifique moindre que ceux des aliénés hommes ; il en est ainsi pour les individus des deux sexes sains ; le poids spécifique du cervelet est, chez les aliénés, moins influencé par le sexe. Le poids spécifique de l'encéphale acquiert son maximum entre trente et quarante ans chez l'homme, vingt et trente ans chez la femme. L'aliénation mentale élève en général, surtout à l'âge moyen de la

vie, le poids spécifique de l'encéphale. La densité la plus grande appartient aux folies épileptiques et alcooliques; la moindre ressortit à la folie simple (phrénasthénie) et à la démence paralytique. Les formes chroniques de la démence consécutive et du délire systématique coïncident en général avec un poids spécifique supérieur à celui des formes aiguës et typiques de la manie et de la mélancolie. Le poids spécifique est diminué dans les formes atrophiques, augmenté dans les formes secondaires chroniques et dégénératives, extrêmement élevé dans celles qui dépendent de l'alcoolisme ou de l'épilepsie. On trouve un poids spécifique fort élevé quand il y a eu compression du cerveau par des exsudats, des tumeurs, etc.; il est abaissé dans les affections qui n'exerçaient pas de compression (péricéphalite atrophique, encéphalomyélite diffuse). La folie symptomatique des maladies aiguës (des poumons, des reins, de la peau) se traduit par une augmentation du poids spécifique; celle qui résulte d'altérations somatiques consomptives, chroniques (cardiopathie, pneumonie caséuse ou tuberculeuse etc.), se traduit par une diminution du poids spécifique de l'encéphale. La densité augmente quand il y a hyperémie cérébrale; elle diminue toutes les fois qu'il y a anémie. Les processus scléreux du cerveau et du mésocéphale engendrent un abaissement du poids spécifique; c'est le contraire, pour les processus de ramollissement et d'œdème.

(15). — Deux observations de *délire systématique primitif* constituent en somme le substratum du travail de M. Buccola. Pour l'auteur, au fond de tous les cas de ce genre existe un élément d'insuffisance intellectuelle.

(16). — Le texte italien du mémoire de M. Fronkel appartient à M. G. Amadei. Nous y relevons que la capacité de la calotte crânienne est plus grande chez les aliénés hommes que chez les aliénés femmes et un peu plus grande (de deux centimètres cubes) dans la paralysie générale que dans les autres formes d'aliénation mentale (chez les hommes); que le *poids absolu* de la calotte du paralytique homme est de 46 grammes supérieur à celui de la calotte de l'homme non paralytique; que la calotte crânienne pèse davantage chez la femme que chez l'homme.

(17). — MM. Tamburini et Seppilli ont étudié l'hypnotisme à l'aide des instruments de précision que chacun connaît. Ils ont au préalable provoqué successivement la léthargie, la cata-

lepsie, le somnambulisme, en augmentant l'intensité et la durée des divers agents hypnopœtiques mis en relief par Charcot, Richer, Dumontpallier, Rosenthal, Westphal. Ils insistent sur l'hyperexcitabilité neuro-musculaire, l'exagération des réflexes tendineux, l'hyperesthésie acoustique et ovarienne propres à la première; sur la *flexibilitas cerea*, la diminution des réflexes tendineux et de l'excitabilité sensorielle caractéristiques de la seconde; sur la contracture musculaire généralisée qu'ils attribuent au somnambulisme. Ils signalent qu'on peut s'opposer à l'hyperexcitabilité neuro-musculaire en faisant intervenir les excitants thermiques (eau froide ou chaude). Le passage de l'état de léthargie à celui de catalepsie se traduirait par l'interruption de la course respiratoire profonde et fréquente. On observerait alors une apnée susceptible de durer près de trente secondes: la respiration qui lui succède est superficielle, lente, irrégulière. Le pléthysmographe montre, pendant la léthargie, une augmentation de volume de l'avant-bras due à la dilatation vasculaire; pendant la catalepsie, une diminution dans le volume du même membre (rétraction des vaisseaux). L'approche de l'aimant pendant la première phase détermine un fort mouvement d'inspiration et d'expiration. Pour ces auteurs la rétraction des vaisseaux provient d'un réflexe engendré par les agents hypnopœtiques. Les divers phénomènes moteurs émanent de l'hyperexcitabilité générale. Sous son influence, les centres réagissent soit par des contractures simples, soit par des contractures permanentes, suivant le plus ou moins d'excitation. Une analyse détaillée dans l'espèce serait la reproduction en miniature du mémoire; outre qu'elle tiendrait une grande place, elle ne saurait suppléer à la lecture des expériences par le menu; il en est de la physiologie comme de la mécanique appliquée.

(18). — Trente-cinq expériences instituées par M. Tamassia montrent que la *raideur cadavérique* est indépendante de la section des nerfs et de la moelle avant ou après la mort; qu'elle apparaît plus tôt quand, ayant enlevé la peau, on a soumis promptement les muscles à l'action de l'air atmosphérique et que toutes les précautions sont prises pour que l'air baigne chacun des muscles. De plus, la raideur cadavérique est surtout fréquente à la suite des hémorragies promptement mortelles; elle affecte dans ce cas une durée double ou triple de ce qu'elle est normalement.

(19). — Nous laissons de côté la revue très complète de l'ensemble de la question pour consigner les principaux résultats obtenus par M. *Seppilli* dans l'examen des réflexes tendineux chez les aliénés. Le réflexe rotulien faisait défaut dans 6,5 p. 100 des cas. Sur 478 individus (91 F. et 87 H.) on trouva la répartition suivante :

Sur 38 aliénés exaltés on trouva 26 f. un réflexe rotulien manif.

— 26 folies pellagreuces	— 46	—	—
— 23 imbécil. et idioties	— 43	—	—
— 14 fol. épileptiques	— 8	—	—
— 23 lypéman. simples	— 44	—	—
— 12 stupeurs	— 4	—	—
— 33 déliances tranquilles	— 40	—	—
— 10 paral. progressives	— 9	—	—

Ajoutons que sur les neuf cas de paralysie générale à réflexe rotulien évident, on trouva ce réflexe quatre fois exagéré. Le réflexe plantaire manqua dans 47 p. 100 des cas. Aucun des malades qui ne présentait pas le réflexe patellaire n'était atteint de tabes ou d'autre affection spinale. Les réflexes tendineux des membres supérieurs existaient, pour le biceps dans 94 p. 100, pour le triceps dans 33 p. 100 des cas. L'exagération des réflexes tendineux serait indépendante d'autres phénomènes, tels que troubles de la sensibilité ou de la motilité; elle prédominerait dans la folie pellagreuse. Les réflexes se montrent chez les épileptiques beaucoup plus fréquents à la suite des accès, que dans leur intervalle.

(20). — Un jeune homme de seize ans empoisonne son père avec de l'arsenic, assomme son frère âgé de neuf ans, et tente d'empoisonner sa mère. Ces méfaits se découvrent fortuitement; la mère trouve en effet dans une poche du pantalon du coupable une note dans laquelle le meurtrier se demande pourquoi il lui faut commettre ces actes et paraît se déterminer à leur perpétration. Un premier rapport médico-légal conclut à l'existence d'une monomanie homicide instinctive chez un individu atteint d'un certain degré de faiblesse morale ou intellectuelle. Une nouvelle consultation établit l'insuffisance morale et affective de l'accusé, l'état d'égoïsme et d'excentricité maladifs du sujet, le développement incomplet et dysharmonique de ses fonctions encéphaliques. Pas d'hérédité proprement dite, mais mariages consanguins et instincts pervers dans

la famille. MM. *Tamburini* et *Seppilli* concluent à l'existence chez le malade de conceptions irrésistibles et par conséquent à l'irresponsabilité. Le tribunal, adoptant cette manière de voir, fit transférer l'assassin dans un asile d'aliénés.

(21). — Le paralaldéhyde, dont la formule est  $C^6 H^{12} O^3$ , constitue une modification polymérique de l'aldéhyde. C'est un liquide incolore, soluble dans 8 parties d'eau froide, de saveur âcre. MM. *Morselli* et *Bergesio* obtiennent avec 2 grammes de ce médicament, administrés en une fois, un sommeil de cinq à sept heures de durée, ininterrompu. Les individus soumis à son action ressentent successivement: une diminution de l'énergie volontaire, une sensation de lassitude invincible, les paupières se ferment involontairement, une diminution graduelle de la sensibilité périphérique et des réflexes. Le pouls diminue de fréquence; il devient plus régulier et plus fort; la température s'abaisse comme pendant le sommeil ordinaire, les mouvements respiratoires, plus profonds, sont plus réguliers: émission abondante d'une urine pâle. Le réveil est graduel comme à la suite du sommeil normal. Aucun trouble digestif, ni cutané. Les inconvénients du chloral sont évités. Les effets sont excellents dans la manie et la mélancolie aiguës, dans le délire systématique, l'hypochondrie, la démence consécutive, la paralysie progressive, toutes les fois qu'on veut parer à l'insomnie et à l'agitation. Les auteurs n'ont eu que 7 insuccès sur 90 cas. On a pu aller sans danger jusqu'à 4 grammes; le sommeil fut alors plus long.

(22). — Sous le titre de *compensations fonctionnelles de l'écorce du cerveau*, M. *Bianchi* met en relief les particularités que voici. Pour que les fonctions ne se rétablissent pas chez le chien dont on enlève la zone motrice, il faut répéter l'opération à plusieurs reprises. Sinon la portion restante de l'écorce du même côté ou les zones correspondantes du côté indemne suppléent aux régions mutilées. Après l'ablation du cervelet, M. *Bianchi* a vu les lobes frontaux de l'animal s'hypertrophier, et il a obtenu, en excitant le gyrus sigmoïde, des mouvements associés. Une simple destruction de l'écorce du gyrus sigmoïde, sans lésion de la substance blanche sous-jacente, ne supprime pas les fonctions sensorielles. Le centre de la vue résiderait dans une zone qui, partant du point le plus externe de la deuxième circonvolution comprend tout le lobe occipital et une partie de la deuxième circonvolution externe: ses limites



sont d'ailleurs aussi vagues, pour l'auteur, que celles de la zone motrice.

(23). — Il s'agit bien dans l'observation de M. *Petrone* d'un cas d'*urémie* ; l'autopsie démontre l'existence d'une néphrite interstitielle, à la période de dégénérescence des épithéliums. Le trouble mental signalé consistait en une *exaltation maniaque* avec incohérence générale, bientôt suivie de démence transitoire elle-même terminée par un coma mortel. La nature du délire et son évolution (acuité) rapprochées des altérations rénales qu'il accompagnait montrent son caractère symptomatique. Pour l'auteur, c'est l'intoxication urémique qui est coupable, sans qu'on soit en mesure, dans l'état actuel de la science, d'éclaircir la pathogénie des phénomènes.

(24). — Cinquante-cinq pesées mettent MM. *Gaglio* et *di Mattei* en mesure d'affirmer que rarement les hémisphères cérébraux sont parfaitement égaux en poids. L'hémisphère droit pèse en moyenne 4 grammes de plus que celui de gauche. La prééminence de l'hémisphère droit, loin d'être l'indice d'un état pathologique du cerveau, est chose normale.

(25). — Une femme de trente ans, sujette depuis longtemps à des céphalalgies, accuse un beau jour des formications dans les jambes: en même temps, fièvre, dépression psychique, recrudescence des douleurs occipitales. Puis, accès épileptiformes du côté gauche, siégeant dans la face, et contractures cervicales du même côté, dès que la malade essaie de lever la tête. Légère parésie musculaire des extrémités inférieures. On rencontre à l'autopsie, sur le pédoncule cérébelleux moyen du côté gauche, un fibrosarcome du volume d'une noix qui adhère aux 7<sup>e</sup>, 8<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 10<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup>, 12<sup>e</sup> paires crâniennes. Le canal central de la moelle est dilaté. Il existe en outre un second canal à droite du premier qui n'est pas en communication avec le quatrième ventricule (*syngomyélie*). L'*hydromyélie* peut donc être indépendante du canal central. Tel est le résumé du travail de M. *Baistrocchi*.

(26). — Les deux cas d'*irritabilité spinale* dont M. *Caruso* rapporte l'histoire étaient caractérisés, le premier, par la dépression des forces, de l'affaiblissement des fonctions génitales, des douleurs dans le dos s'exaspérant pendant le mouvement, de la pesanteur lombaire, des irradiations douloureuses dans les membres inférieurs, des troubles dyspeptiques, de l'anémie;

le second, par de l'irritabilité nerveuse avec un léger degré de mélancolie, des sensations douloureuse le long des vertèbres lombo-sacrées, de l'hyperexcitabilité sous l'influence du froid, un tremblement léger des membres supérieurs augmentant à l'occasion des mouvements intentionnels, de l'inquiétude psychique, un sommeil difficile et agité, des érections incomplètes et du retard dans l'éjaculation. Dans les deux cas les courants continus descendants à force graduellement croissante (jusqu'à 40 éléments de l'appareil de GaiFFE) déterminèrent dès les premiers jours une amélioration qui aboutit en une quarantaine de jours, ou vingt séances environ de 40 à 45 minutes, à une totale guérison. Voici les conclusions de l'auteur: — 1° L'irritabilité spinale est une maladie fonctionnelle dont le diagnostic repose sur un groupe spécial de symptômes cliniques, en attendant qu'on en ait trouvé l'anatomie pathologique. 2° Cette maladie siège surtout dans la moelle épinière, elle est probablement due à une modification dans la nutrition intime de la portion lombaire de l'organe central en question. 3° La forme hyperesthésique, aussi bien que la forme neurasthénique du syndrome, s'améliore rapidement et guérit exclusivement par l'emploi des courants continus.

D<sup>r</sup> P. KÉRAVAL.

## JOURNAUX ANGLAIS

### Brain.

ANNÉE 1884 (*suite et fin*).

NUMÉRO D'OCTOBRE

*Sur la théorie des centres réflexes d'inhibition;*  
par Alexander James.

Dans un précédent mémoire (*Brain*, août 1880) l'auteur traitant de l'augmentation des fonctions réflexes de la moelle dans les cas où les communications de cet organe avec le cerveau sont supprimées ou obstruées, a eu recours, pour rendre compte de ce fait, à l'explication ordinaire, c'est-à-dire qu'il a invoqué l'existence, dans les lobes optiques chez la grenouille, et dans cette même région ou dans son voisinage chez les animaux supérieurs, d'un centre d'inhibition; mais il pense

que cette théorie, bien que fort utile dans l'état actuel de la science, ne saurait être considérée comme une interprétation exacte des faits. Cherchant une autre explication du phénomène, il l'a demandée à l'expérimentation aidée de la méthode graphique. Voici comment il a procédé : il coupe chez une grenouille le tendon d'Achille ; puis, au moyen de secousses électriques, il détermine des contractions ; puis il renouvelle l'expérience après avoir décapité la grenouille, et il constate par l'examen des graphiques que, dix fois sur douze, les contractions ont été plus énergiques après la décapitation ; et il ne s'agit point ici de cette augmentation de l'excitabilité réflexe, faible d'ailleurs et passagère, qui suit la section d'un tronc nerveux ; car cette augmentation a persisté pendant plusieurs heures après la décapitation. L'auteur estime qu'elle est due, au moins en majeure partie, à la concentration de la force nerveuse. — Il pense que l'on peut tirer de ses expériences une autre conclusion ; il résulterait, en effet, des faits observés, que si l'on enregistre par un même procédé, et si l'on compare ensuite, l'énergie de la contraction réflexe avant et après l'ablation des lobes cérébraux seuls, on obtiendra (sous certaines réserves de détail) ce qu'on pourra appeler « l'équivalent mécanique » de leurs fonctions individuelles. Si au contraire on a enlevé tous les centres supérieurs (moelle allongée, lobes obliques, cerveau) on obtiendra « l'équivalent mécanique » des fonctions collectives de ces différents centres.

En somme, l'accroissement de l'excitabilité réflexe est dû pour M. James à l'interruption des cordons nerveux, et non à la suppression du pouvoir modérateur d'un centre d'inhibition.

*La localisation des paralysies atrophiques ; par David Ferrier.*

On sait que dans les hémiplegies ordinaires, liées à des lésions des couches corticales ou de la capsule interne, par exemple, les muscles, bien que paralysés au point de vue des mouvements volontaires, conservent à l'égard de l'excitation galvanique ou faradique leur réaction normale et ne s'atrophient que par suite d'une inactivité prolongée. On sait aussi, d'autre part, que lorsqu'il existe des lésions des cornes antérieures de la moelle, comme dans la poliomyélite des enfants ou des adultes, ou bien encore des lésions des nerfs moteurs, non seulement les muscles sont paralysés, mais ils cessent de répondre à l'excitation électrique et subissent la dégénérescence atro-

phique. M. Ferrier s'est demandé pourquoi cette dégénérescence se rencontrait dans un cas et non dans l'autre; il s'est demandé aussi pourquoi elle portait spécialement sur certains muscles ou groupes musculaires. On a volontiers invoqué dans l'interprétation de ces faits l'existence de centres trophiques et de nerfs trophiques qui régleraient la nutrition des tissus auxquels ils se distribuent; mais l'auteur constate que cette explication est purement hypothétique. A cette hypothèse il oppose et préfère l'opinion de Sigmund Mayer, suivant laquelle la substance nerveuse centrale, les fibres périphériques et leurs organes terminaux périphériques constituent « une unité non seulement fonctionnelle, mais encore nutritive. » Si cette unité vient à être rompue, les tissus sont abandonnés à leur puissance propre de nutrition, et plus les tissus sont spécialisés, plus ils tendent à la dégénérescence, à l'inverse des tissus à organisation moins parfaite qui prolifèrent et prospèrent. « La nutrition et l'accroissement du tissu nerveux lui-même dépendent des cellules ganglionnaires, dont ce tissu n'est que le prolongement, et le nerf meurt rapidement lorsque la connexion est rompue. L'inactivité fonctionnelle, lorsque toutes les parties conservent leurs connexions mutuelles normales, aboutit simplement à un état imparfait, mais non modifié, de la nutrition. On est en présence d'une différence de degré seulement, mais non de nature. Dans un cas il y a simplement atrophie; dans l'autre, il y a, pour employer l'expression de Mayer, allotrophie. »

En partant de ces données, on conçoit aisément les différences qui séparent les paralysies cérébrales des paralysies spinales. Dans le cas où l'unité fonctionnelle et nutritive est constituée par la substance grise corticale, si la continuité vient à être interrompue, le processus de dégénérescence s'arrête aux cornes antérieures dont l'activité est indépendante de l'influence cérébrale; toutefois ces cornes elles-mêmes peuvent parfois être envahies par le processus. L'unité fonctionnelle spinale est indépendante de l'unité cérébrale; aussi les muscles gardent-ils leur nutrition normale; mais si les cellules multipolaires sont détruites, et si le nerf moteur est sectionné, la dégénérescence musculaire est inévitable.

La dégénérescence allotrophique peut toujours être attribuée à une lésion d'une portion de l'unité fonctionnelle spinale (cellules multipolaires des cornes antérieures, nerfs moteurs, ou, primitivement, tissu musculaire). Mais il est un point sur

lequel nous sommes loin d'être édifiés; c'est la raison pour laquelle, dans la poliomyélite antérieure, certains muscles peuvent être seuls affectés, tandis que d'autres demeurent indemnes. Quand on recherche si ces anomalies apparentes correspondent à une localisation spéciale, on est amené à se demander « si certaines portions des renflements cervicaux et lombaires, ou si certaines racines des plexus brachial et crural sont en relation définie et exclusive avec certains groupes musculaires, ou s'il n'existerait pas une différenciation complète dans les deux sens. » C'est cette question que l'auteur cherche à résoudre, et après avoir rappelé les travaux antérieurs sur ce sujet, il résume en ces termes les résultats des expériences qu'il a instituées sur des singes, de concert avec le Dr Gerald Yeo : « On voit par les résultats obtenus que chaque racine motrice représente une combinaison fonctionnelle distincte; la corrélation entre les muscles mis en action est telle qu'il convient pour provoquer une action définie, dont le caractère d'adaptation est manifeste. Il s'agit là d'une relation de fonction, et non d'une simple relation due à la contiguïté ou à la communauté de l'alimentation nerveuse. On voit donc aussi que la destination des jonctions flexiformes des nerfs dans les membres est de transmettre aux divers muscles qui prennent part à une synergie fonctionnelle donnée celles des fibres, en relation avec chacune des racines, qui leur sont nécessaires. » M. Ferrier passe ensuite en revue les actions produites par les différentes racines; puis il fait remarquer que les faits observés et les principes du diagnostic de la poliomyélite antérieure paraissent, en l'absence d'autopsies démonstratives, militer en faveur de l'opinion que « les noyaux moteurs des différents muscles excités par chaque racine sont en relation anatomique les uns avec les autres dans le segment spinal correspondant, en sorte qu'il peut y avoir plusieurs noyaux spinaux pour un même muscle. » S'il en est ainsi, ajoute-t-il, « une lésion de la substance grise de la corne antérieure, rigoureusement limitée à un segment distinct, produira le même effet qu'une lésion de la racine correspondante. » Et « le degré de l'atrophie sera proportionné au degré de l'innervation. »

L'auteur indique ensuite quels sont, d'après l'expérimentation, les muscles qui devront être atteints les premiers dans la poliomyélite de chaque segment, et l'ordre dans lequel ils seront envahis; il rapporte plusieurs faits cliniques qui con-

firmement ces données expérimentales. Sans entrer dans le détail de ces localisations délicates, ce qui nous entraînerait trop loin, nous devons cependant noter qu'elles fournissent l'explication de la *main en griffe* décrite par Charcot et Joffroy comme appartenant à la pachyméningite cervicale hypertrophique. « Il y a, dans ce cas, dit M. Ferrier, une extension très marquée du poignet et des phalanges de la base, avec paralysie et atrophie des muscles innervés par le cubital et le radial. C'est ce qui doit se produire lorsque la lésion pachyméningée est plus spécialement limitée à la partie inférieure du renflement cervical, épargnant ainsi les segments supérieurs qui sont surtout en rapport avec les extenseurs; l'action de ces muscles alors ne trouve plus d'antagonisme, et la *griffe* caractéristique, avec hyper-extension du poignet, est constituée. »

L'auteur aborde ensuite l'étude de la paralysie saturnine; il rappelle les nombreuses et importantes recherches dont ce symptôme a été l'objet, et constate que les faits tendent à démontrer, d'une façon générale, que les nerfs et les muscles de l'extension et de l'abduction ont moins de résistance vitale et s'épuisent plus vite que ceux de la flexion; on peut déduire de cette donnée que toute cause générale d'affaiblissement influera d'une façon plus accusée sur les extenseurs.

M. Ferrier, estimant que la force physiologique d'un muscle ne peut être mesurée avec précision par la simple étude de la surface de section, et qu'il faut tenir compte du degré de l'innervation, s'est appliqué à déterminer expérimentalement la force que certains muscles peuvent manifester dans l'effort volontaire, et il consigne dans un tableau intéressant le résultat de ses recherches. Enfin, de déduction en déduction, il est amené à penser que l'énergie trophique des extenseurs, — en raison de leurs connexions moins multipliées avec les cornes antérieures, — est moindre que celle des fléchisseurs. — « En appliquant, dit l'auteur, aux faits observés dans la paralysie saturnine les considérations ci-dessus indiquées touchant la force relative et la résistance vitale des différents nerfs et muscles, il me semble que l'hypothèse d'une névrite périphérique généralisée — accompagnée peut-être d'une diminution générale de la nutrition des centres spinaux — explique la succession des faits d'une façon plus satisfaisante que celle d'une poliomyélite antérieure limitée. » Et M. Ferrier montre que les faits cliniques se déroulent, en effet, dans l'ordre indiqué à l'avance par la physiologie expérimentale. Cette

partie de son mémoire est accompagnée de neuf observations.

Enfin l'auteur termine par quelques considérations sur l'atrophie musculaire progressive; il constate que, bien que l'origine spinale de la maladie soit à peu près universellement admise, on n'a pas trouvé dans tous les cas observés une lésion anatomique constante des cornes antérieures, en sorte que l'on n'est pas en droit de repousser, d'une façon absolue, la théorie qui veut faire de cette affection une myosite primitive. Il établit, — ce qui est évidemment très en faveur de la théorie spinale, — que l'ordre suivant lequel les muscles sont successivement atteints dans l'atrophie progressive s'accorde parfaitement avec la disposition et la succession des fibres par lesquelles ils sont représentés dans les segments spinaux, ainsi qu'avec la marche ascendante ou descendante du processus de dégénérescence dans les cellules multipolaires des cornes antérieures. Ces faits, au contraire, ne sont ni expliqués, ni éclairés par l'hypothèse d'une myosite primitive, proposée par Friedreich.

*Les phénomènes de la convulsion; par Charles Mercier.*

L'auteur, qui se propose d'examiner dans un prochain mémoire sous le bénéfice de quelles restrictions cette hypothèse est vraie, constate que la neurologie tout entière est basée sur la supposition que l'étendue et le mode de la contraction musculaire correspondent exactement à l'étendue et au mode de la décharge nerveuse, et la représentent avec une fidélité parfaite; acceptant provisoirement cette supposition, il en déduit que pour se rendre exactement compte de ce qui se passe dans les centres nerveux pendant l'action pathologique, il est nécessaire d'observer avec le plus grand soin les phénomènes de la contraction musculaire morbide. Pour lui, les facteurs qui contribuent à constituer l'ensemble d'une convulsion sont au nombre de dix, savoir : 1° la qualité; 2° l'origine; 3° la marche; ces trois premiers facteurs réunis déterminent: 4° l'attitude prise par la partie convulsée; 5° l'étendue; 6° la rapidité; 7° la hauteur; 8° l'intensité; 9° la force; et 10° la durée. Un seul de ces facteurs, le septième, demande quelques mots d'explication; par « hauteur » d'une convulsion, M. Mercier entend la rapidité avec laquelle se suivent les secousses d'une contraction simple, et cette dénomination lui a été suggérée par l'analogie qui existe entre la composition d'une contraction musculaire et celle d'une note de musique.

Il convient qu'il est fort difficile, sinon impossible, d'étudier simultanément tous ces facteurs dans un cas donné, mais on peut les étudier successivement dans plusieurs accès successifs d'un même malade; ces accès sans doute ne seront pas identiques à eux-mêmes; mais observés chez un même malade et à des intervalles peu considérables, ils présenteront, au moins en ce qui touche les facteurs essentiels (les trois premiers de la nomenclature), une uniformité à peu près parfaite. Dans un mémoire ultérieur, l'auteur s'efforcera d'élucider la question des modalités diverses de la décharge nerveuse.

*Convulsions épidémiques*; par le Dr David W. Yandell.

A l'aide de documents qui lui ont été laissés par son père médecin distingué, l'auteur a pu reconstituer l'histoire de la description des épidémies convulsives qui ont sévi sur les grands meetings religieux du Kentucky vers la fin du siècle dernier et le commencement du siècle actuel. L'intérêt de ce mémoire est plutôt historique que médical; car s'il enrichit la nomenclature déjà longue des épidémies convulsives d'origine religieuse, il ne signale aucun caractère qui appartienne en propre à l'épidémie américaine, et nous montre, au contraire, une ressemblance parfaite entre les convulsionnaires du Kentucky et leurs collègues d'Europe.

*Des méthodes de préparation, de démonstration et d'examen du tissu cérébral à l'état sain et à l'état pathologique*; par Bevan Lewis.

Nous nous étions proposé, et nous avions promis à nos lecteurs de donner un compte rendu de ce travail lorsqu'il serait achevé; nous nous voyons actuellement dans la nécessité de renoncer à ce projet: non seulement le travail de M. Bevan Lewis n'est pas achevé, mais il occupe encore plusieurs numéros du *Brain*; ce n'est plus un mémoire, c'est un volume, un véritable traité de la technique macroscopique et microscopique du cerveau; nous croyons savoir d'ailleurs que l'auteur l'a déjà présenté sous cette forme au public. Nous ne pouvons qu'en recommander la lecture aux aliénistes et aux neurologistes, car cette étude, pleine de renseignements intéressants et de procédés ingénieux, est appelée à rendre de grands services; mais alors même que son étendue n'en interdirait pas le compte rendu, son caractère purement technologique en rendrait l'analyse



impossible, ou tout au moins très insuffisante, et partant, inutile.

*De l'écriture en miroir et de ses rapports avec l'état de gaucher et les affections cérébrales*; par William W. Ireland.

Tout le monde sait aujourd'hui que Buchwald et Erlenmeyer ont, les premiers, décrit et désigné sous le nom de *spiegelschrift* une façon d'écrire dans laquelle la disposition des caractères est inverse de la disposition normale; en d'autres termes, la ligne d'écriture présente absolument l'aspect que laisserait la même ligne, normalement et fraîchement écrite, sur une feuille de papier buvard; en pareil cas, un œil peu exercé ne peut lire les caractères qu'en plaçant le papier buvard devant un miroir (1). M. Ireland a pu observer deux cas d'écriture en miroir; dans le premier, il s'agissait d'une petite fille imbécile, atteinte d'une hémiplegie droite, probablement congénitale, et dont les premiers essais d'écriture étaient en miroir; dans le second cas, il s'agissait aussi d'une jeune fille de quatorze ans, imbécile aussi et gauchère; tout d'abord, elle écrivait en miroir, de la main gauche; on l'a habituée à se servir de la main droite, avec laquelle elle écrit maintenant d'une manière normale; mais si on lui demande un spécimen d'écriture en miroir, elle ne peut le donner qu'en revenant à l'usage de sa main gauche. Intéressé par ces faits, l'auteur chercha à en connaître d'autres, et put s'assurer que les enfants gauchers ont une tendance marquée à écrire spontanément en miroir et de la main gauche, ce qui semblerait confirmer l'opinion d'Erlenmeyer, suivant laquelle on aurait une tendance à se servir de ses bras dans la direction centrifuge. Dans certaines affections cérébrales, et notamment dans l'hémiplegie droite, il ne serait pas rare d'observer l'écriture en miroir. M. Ireland estime qu'avant de s'abandonner à des considérations spéculatives sur l'origine du phénomène, il conviendrait d'étudier attentivement un assez grand nombre de cas d'écriture en miroir; mais il pense cependant qu'on a, dès à présent, des raisons suffisantes de supposer que, dans un certain nombre de cas, l'image

---

(1) A cette dénomination, tirée non du caractère même de l'écriture, mais du procédé de rectification de l'image, nous proposerions volontiers d'en substituer une autre, qui paraît plus claire et plus simple, celle d'« *écriture inverse*. »

mentale est réellement renversée, tout comme la reproduction de cette image sur le papier.

*Sur la perversion des instincts sexuels; par le Dr Julius Krueg.*

L'auteur rappelle les travaux dont les perversions du sens génital ont été l'objet dans ces dernières années; Westphal et Krafft-Ebing, en particulier, ont publié sur ce point spécial de pathologie nerveuse d'intéressantes recherches; aux treize cas authentiques actuellement publiés, l'auteur en ajoute un quatorzième d'autant plus intéressant que le malade n'est sous le coup d'aucune accusation bonteuse, qu'il confesse spontanément son penchant pour les individus du même sexe que lui, et qu'il attend de la science le secours nécessaire pour combattre ce penchant. Nous ne pouvons entrer dans le détail de l'observation, et nous nous bornerons à relever les principales particularités qui ressortent de l'étude des cas actuellement observés et publiés de perversion du sens génital. Le premier point à noter, — et l'auteur n'a peut-être pas assez insisté sur son importance médico-légale, — c'est que les individus qui présentent une perversion du sens génital ne sont pas pédérastes, au moins habituellement; lorsqu'ils le deviennent, c'est d'une façon accidentelle, on pourrait presque dire impulsive; et alors même qu'ils s'y seraient livrés un instant, ces pratiques ne leur inspirent que du dégoût. Cette contradiction apparente s'explique, si l'on réfléchit que la pédérastie est une dépravation acquise, tandis que la perversion du sens génital est, si l'on veut nous permettre d'employer ce mot, une infirmité congénitale, en ce sens que les premiers désirs, même les désirs les plus vagues de la puberté commençante, sont éveillés par des individus du même sexe, à l'exclusion des individus du sexe différent. Le plus souvent ces désirs, alors même qu'ils deviennent très accusés, restent à l'état platonique, ou bien sont satisfaits à l'aide de pratiques solitaires ou réciproques. L'aversion pour le sexe opposé est à peu près constante; elle n'empêche pas cependant les rapports sexuels normaux d'être pratiqués de temps à autre, et quelquefois même recherchés comme un moyen de guérison; c'est ainsi qu'un malheureux atteint de cette étrange perversion se maria dans l'espoir de rentrer dans la vie sexuelle ordinaire; il ne put prendre sur lui de pratiquer le coït que deux fois, et son état moral ne fut qu'aggravé par sa déconvenue. Dans les cas bien accusés, il

est rare que l'on ne rencontre pas, chez ces dévoyés du sens génital, soit une psychopathie héréditaire, soit un état névropathique; il n'est pas impossible toutefois, lorsque l'observation portera sur un plus grand nombre de cas, qu'il s'en rencontre quelques-uns où le facteur étiologique fera, ou paraîtra faire, absolument défaut; c'est là une considération très importante au point de vue médico-légal. Enfin il faut ajouter que dans la plupart des cas observés, on a trouvé des signes de dégénérescence; on peut se demander si, en l'absence de tout autre symptôme révélateur, la perversion du sens génital ne constituerait pas à elle seule un indice de dégénérescence. Au point de vue de la biologie pure, il est incontestable qu'une tendance aussi nettement contraire à la propagation de l'espèce peut être considérée comme une marque certaine de déchéance organique.

ANNÉE 1882.

NUMÉRO DE JANVIER.

*De la situation des centres moteurs dans le cerveau, considérée dans ses rapports avec les fonctions nutritives et sociales; par T. Lauder Brunton.*

L'auteur expose brièvement les considérations préliminaires qui conduisent à supposer que les centres moteurs du cerveau sont disposés principalement en vue de la recherche de la nourriture, et que ces centres se modifient chez les différents animaux suivant les moyens dont ils se servent habituellement pour se procurer leurs aliments; il constate ensuite que l'étude des fonctions attribuées et reconnues par Ferrier aux centres moteurs du cerveau, vient confirmer l'exactitude de cette supposition. Il énumère en effet les fonctions de ces centres, et montre à l'aide d'une figure empruntée à Ferrier lui-même, que tous les centres que l'on voit groupés autour de la scissure de Rolando, dans un ordre déterminé, correspondent précisément aux mouvements que l'animal doit exécuter pour se procurer sa nourriture. Si, au lieu du singe, animal sur lequel Ferrier a principalement fait porter ses recherches, on observe la disposition de ces centres chez le chien, par exemple, on voit que cette disposition n'est plus la même que chez le singe. On devait d'ailleurs, dit l'auteur, s'attendre à rencontrer cette modification, car le singe, entouré d'arbres qui lui fournissent des fruits en abondance, n'a qu'à regarder et à étendre

la main pour atteindre sa nourriture en un ou deux efforts, tandis que le chien, après avoir aperçu sa proie, est obligé de la poursuivre à la course; les muscles de la bouche et des mâchoires n'entrent en jeu que plus tardivement, une fois la capture faite; aussi les centres de la vue et de la course sont-ils disposés, chez le chien, dans un ordre simple, autour du sillon croiforme, tandis que les centres des mouvements des mâchoires sont relégués dans une circonvolution adjacente.

Cette disposition des centres, et les modifications qu'elle subit suivant les espèces, montre: 1° que les centres moteurs sont groupés autour de la seissure de Rolando dans l'ordre voulu pour satisfaire, avant tout, au besoin qu'a l'animal de se procurer la nourriture; 2° que les centres qui sont appelés les premiers à entrer en fonction dans la recherche des aliments, sont les plus rapprochés de la seissure, tandis que ceux qui ne sont appelés à l'activité que plus tardivement occupent une circonvolution adjacente. Quant aux instincts sociaux, et en particulier à l'instinct sexuel, qui est l'instinct social primordial, ils seraient principalement desservis par les modifications respiratoires qui donnent naissance à la voix; mais comme, sauf quelques exceptions, les besoins sociaux n'apparaissent que postérieurement aux besoins individuels, il est rationnel de penser que les centres qui président aux fonctions sociales, comme le centre de la voix, seront plus éloignés encore de la seissure de Rolando que les centres moteurs nécessaires à la recherche de la nourriture. Ici encore les faits donnent raison à la théorie; mais l'auteur ne dispose pas encore de données assez complètes pour s'étendre actuellement sur ce côté de la question. Enfin, M. Lauder Brunton ajoute en terminant que cette disposition des centres moteurs peut être utilisée comme moyen mnémotechnique par ceux qui éprouvent quelque difficulté à graver dans leur mémoire la topographie motrice du cerveau.

*Sur le mélange des couleurs par la seule action du sensorium;*  
par John Gorham.

M. Gorham rappelle qu'on a beaucoup discuté sur la question de savoir si le mélange ou la fusion de deux couleurs peut réellement s'accomplir dans le cerveau; il décrit une expérience, d'ailleurs fort simple, qui démontre que l'on peut obtenir la conduction ou la propagation d'une sensation blanche ou colorée d'un œil à l'autre, en sorte par exemple qu'une

lumière rouge étant présentée à l'œil droit et une lumière verte à l'œil gauche, les deux sensations se fusionneront dans le cerveau et éveilleront la sensation d'une lumière jaune. Voici d'ailleurs la conclusion formulée par l'auteur lui-même : « Si » une rétine est largement impressionnée par la sensation d'une » couleur donnée, tandis que l'autre rétine est faiblement » éclairée par de la lumière blanche, il s'établit un courant de » couleur entre les deux yeux, et ce courant se propage de » l'œil qui reçoit le plus de lumière à celui qui en reçoit le » moins. En outre, la couleur qui est transmise à l'œil gauche » est d'abord la couleur complémentaire de celle qui est venue » se peindre sur la rétine droite, et, ensuite, c'est cette couleur » elle-même. »

*Une leçon clinique sur la paralysie agitante;* par Thomas Buzzard.

Une leçon clinique, avec présentation de malades, ne peut guère être l'objet d'un compte rendu analytique, puisqu'elle repose tout entière sur l'examen même de ces malades et la discussion des symptômes; nous nous bornerons donc à relever dans cette leçon un petit point, que personne, croyons-nous, n'avait signalé avant M. Buzzard; il s'agit d'une modification spéciale de la voix, qu'il a, dit-il, observée fréquemment dans la maladie de Parkinson, et qu'il ne peut mieux décrire qu'en la comparant à la voix de convention que les acteurs prêtent sur la scène au personnage d'un vieillard très cassé. L'auteur prend soin d'établir qu'il s'agit là d'un changement dans le caractère de la voix elle-même, et qu'il ne faut pas confondre ce phénomène avec les troubles de l'articulation qui ont été décrits par M. le professeur Charcot.

*La maladie de Swift;* par le Dr Bucknill.

Dans cet intéressant travail, l'auteur s'est attaché à démontrer, — et sa démonstration paraît convaincante, ce que l'on ne peut dire que bien rarement de ces essais de diagnostic rétro-spécif, — que la maladie dont le grand humoriste anglais était atteint n'était autre que le vertige labyrinthique, ou maladie de Ménière.

NUMÉRO D'AVRIL.

*Le système nerveux des échinodermes;* par George J. Romanes.

Travail important, mais qui sort trop complètement du cadre de notre recueil pour être analysé ici.

*De l'ophthalmoplégie externe, observée conjointement avec le tabes dorsalis, avec quelques remarques sur les crises gastriques; par Thomas Buzzard.*

Ce mémoire contient l'observation très détaillée de deux malades atteints de tabes dorsalis accompagné d'ophthalmoplégie externe; dans le second cas, l'examen des centres nerveux a été pratiqué avec la plus minutieuse exactitude par M. Bevan Lewis. — En ce qui touche les crises gastriques, l'auteur pense qu'elles sont sous la dépendance d'une irritation du noyau du nerf vague, due à la sclérose, et il expose avec soin et avec talent toutes les raisons qui militent en faveur de cette opinion.

*Sur l'état du réflexe du genou, du clonus de la cheville et du réflexe plantaire après l'accès épileptique dans soixante-dix cas; et sur la déviation conjuguée post-épileptique des yeux; par Charles E. Beevor.*

Pendant qu'il était attaché à l'hôpital national des paralytiques et des épileptiques, M. Beevor, à l'instigation de MM. Hughlings-Jackson et Gowers, s'est livré à une série d'observations relatives à l'existence du clonus de la cheville et du réflexe du genou après les attaques d'épilepsie; ses observations ont porté sur soixante-dix cas, et nous ne pouvons mieux faire pour les résumer que d'emprunter à l'auteur le tableau qu'il a dressé : les malades observés *immédiatement* sont ceux chez lesquels on a observé l'accès tout entier, ou au moins la fin de la période clonique; les malades observés *promptement* après l'accès ont été examinés de une à deux minutes après l'accès, mais toujours avant que le retour à l'état conscient ait commencé à se manifester :

Etat des réflexes.	Malades observés immédiatement après la période clonique.	Malades observés promptement après la période clonique.	Total.
Le réflexe du genou est augmenté; le clonus de la cheville existe.....	27	41	38
Le réflexe du genou est diminué; le clonus de la cheville manque....	6	7	43
Le réflexe du genou manque, le clonus de la cheville manque.....	3	8	44
Le réflexe du genou est normal; le clonus de la cheville manque.....	4	4	5
Le réflexe du genou est diminué; le clonus de la cheville existe.....	2	0	2
Le réflexe du genou est normal; le clonus de la cheville existe.....	4	0	4
Total....	43	27	70

Dans tous les cas observés, les phénomènes étaient notés pour les deux jambes. — Dans tous aussi, le réflexe plantaire manquait immédiatement après la période clonique, et reparaissait en moyenne au bout de 5 minutes (3 minutes et 43 minutes représentant les extrêmes); c'est approximativement au bout du même temps que l'on voyait disparaître le clonus de la cheville.

Dans tous les cas, les accès étaient constitués par des attaques d'épilepsie bilatérale ordinaires, débutant généralement par la rotation de la tête et la déviation des yeux d'un côté; dans plusieurs cas on a noté que le clonus de la cheville et le réflexe du genou étaient manifestement plus marqués du côté vers lequel s'étaient tournés la tête et les yeux au début.

L'auteur a pu constater aussi des faits de déviation conjuguée des yeux survenant instantanément après la fin de la période clonique de l'accès. Ne pouvant suivre l'auteur pas à pas dans les considérations que lui suggèrent ses très intéressantes observations, nous nous bornerons à traduire les lignes sui-

vantes, où il résume sa pensée : « Les phénomènes post-épileptiques dont il vient d'être question semblent démontrer qu'il existe une grande similitude entre l'état qui suit immédiatement un accès épileptique et l'état que l'on observe dans les cas d'hémiplégie récente, c'est là un fait qui a été fréquemment signalé dans les accès unilatéraux, où la paralysie temporaire du côté affecté n'est pas rare. Je crois que la même analogie peut être invoquée dans tous les cas d'attaques épileptiques bilatérales; car dans ces dernières, il existe d'ordinaire, immédiatement après la période clonique, de la déviation des yeux, de l'augmentation du clonus de la cheville et du réflexe du genou, avec absence du réflexe plantaire, en sorte qu'il paraît probable que l'état qui, dans les cas d'hémiplégie, provoque d'une façon permanente ces phénomènes (augmentation du réflexe du genou, etc.) existe aussi, mais pendant un laps de temps bien plus court (quelques minutes seulement) immédiatement après les attaques d'épilepsie. J'ajouterai que lorsque ces attaques sont bilatérales, les phénomènes ci-dessus décrits existent des deux côtés, avec cette réserve pourtant que la déviation post-épileptique des yeux s'effectue dans la direction du côté le moins paralysé. — Il semble donc qu'après un accès épileptique le cerveau et la moelle soient réduits, probablement par l'épuisement qui succède à des décharges motrices excessives, précisément à l'état qu'ils présentent dans les cas d'hémiplégie. »

*Le cerveau d'une aliénée criminelle ; par David Ferrier.*

Le cerveau qui a été soumis à l'examen de M. Ferrier, et qu'il décrit dans ce mémoire, est celui d'une femme qui, en 1871, assassina deux de ses enfants; reconnue irresponsable, elle fut internée à l'asile des aliénés criminels de Broadmoor, où elle mourut en 1881, à l'âge de quarante-quatre ans. Il s'agit d'un cas fort intéressant; aussi demanderons-nous la permission de l'analyser un peu longuement; nous résumerons d'abord l'observation de la malade, puis nous reproduirons presque intégralement les remarques que l'autopsie a suggérées à M. Ferrier; nous serons ainsi dispensé de relater les principaux points de l'examen nécroscopique, qui se trouvent suffisamment mis en lumière au cours même de ces remarques.

Les renseignements recueillis sur la malade sont les suivants : pendant son enfance et sa jeunesse elle était, au dire de



sa mère, très intelligente, et avait reçu, eu égard à sa position sociale, une bonne éducation ; à trente ans elle se maria et, après son premier accouchement (vers 1868), elle eut une hémiplégie droite avec aphasie. En octobre 1874, elle étrangla ses deux enfants et entra à l'asile en mars 1872. — Lors de son entrée, on constate une hémiplégie droite ; le bras est absolument impuissant, mais la jambe gauche peut servir à la locomotion, qui peut à la rigueur s'effectuer sans secours étranger. Pas d'anesthésie du côté paralysé, mais une sensation persistante de froid. Pendant plusieurs mois après son admission, elle est sujette à des congestions subites de la face, à des syncopes, à des convulsions légères, accompagnées de vomissements. Vers la fin de 1873, les convulsions épileptiformes deviennent plus accusées ; on note des accès de torpeur intellectuelle avec congestion de la face. En mai 1877, série d'attaques graves, avec convulsions généralisées et déviation à droite de la tête et des yeux. De mai 1877 jusqu'à la mort, pas d'attaques graves, mais de temps en temps des mouvements convulsifs des muscles de la face. Accès de fièvre répétés, avec céphalalgie siégeant surtout à la région temporale gauche. — Le caractère est incertain et versatile ; la malade cependant est d'ordinaire bien disposée, presque gaie, souvent reconnaissante. D'autres fois elle est irritable, devient silencieuse et casse des carreaux ; par moments, on note une mélancolie profonde avec refus de nourriture ; quelques mois avant sa mort elle essaye de se suicider. La parole est saccadée, monosyllabique et nécessite un effort visible. Elle oublie quelquefois les mots, mais reconnaît celui qu'elle cherche quand on le prononce devant elle ; lorsqu'elle emploie un mot pour un autre elle s'en aperçoit et se trouble. Elle sait depuis combien de temps elle est à l'asile. — En juillet 1881, elle devient obstinée, silencieuse, et refuse de manger ; la respiration devient difficile ; on constate les signes de la phtisie dans les deux poumons, mais surtout dans le droit ; l'œdème apparaît aux membres inférieurs ; la malade s'affaiblit et meurt en novembre 1881.

L'autopsie, faite avec beaucoup de soin, a inspiré à M. Ferrier les réflexions suivantes : « Ce cas est très remarquable et bien que l'histoire de la malade ne soit pas aussi complète qu'on pourrait le souhaiter, il paraît démontré que jusqu'à l'âge de trente ans la santé physique et mentale est demeurée excellente. Néanmoins il survient alors une destruction et une

disparition si complètes du tissu cérébral que l'on ne peut guère chercher des faits analogues que parmi les cas congénitaux. Il n'est pas douteux qu'ici la disparition d'une si grande étendue des couches corticales et du corps strié a été consécutive à un processus morbide, survenu dans l'âge adulte et consistant probablement en une embolie de la cérébrale moyenne gauche ; en effet, les régions disparues correspondent exactement au territoire de cette artère et de ses branches, tel qu'il a été indiqué par Duret. L'état du cerveau s'accorde parfaitement avec les symptômes, conformément à la doctrine des localisations : à l'exception du lobule postéro-pariétal, dont les dimensions étaient très réduites, et de la surface moyenne des circonvolutions ascendantes, ou lobule paracentral, ainsi que du voisinage de cette région, la totalité des centres moteurs de l'hémisphère gauche a disparu ; en présence de ces lésions, on devait, d'après la théorie, constater de la faiblesse, mais non une paralysie complète de la jambe droite, une paralysie totale de la main droite, avec conservation de quelques-uns des mouvements de la partie supérieure du bras, enfin une paralysie du côté droit de la face. Or, ces phénomènes sont précisément ceux qui ont été constatés. — Il a dû exister aussi, au moins pendant quelque temps, une déviation à gauche de la tête et des yeux ; mais, sur ce point, les renseignements sont défaut.

Enfin, d'après les enseignements fournis par l'immense majorité des cas, on aurait dû rencontrer une aphasie complète, une perte totale de la parole ; or, il est certain que l'aphasie a existé, mais les détails sont défaut.

L'aphasie absolue a disparu, au moins dans une large mesure ; mais le langage est resté défectueux et borné à quelques phrases simples et monosyllabiques. Dans la plupart des cas la guérison de l'aphasie, ou plus exactement le retour de la parole, est dû à ce fait que les centres de la parole, dans l'hémisphère gauche, ne sont détruits ni complètement ni d'une façon permanente. Mais dans le cas actuel il ne subsistait pas même une trace de ces centres dans l'hémisphère gauche ; il paraît donc bien probable que le retour de la parole peut être dû à une action compensatrice des centres du langage de l'hémisphère opposé ; en tout cas, des faits comme celui-ci militent énergiquement en faveur de l'opinion suivant laquelle cette action compensatrice serait possible, sinon constamment réalisée.

L'absence d'anesthésie à droite montre que les régions détruites ne contiennent pas de centres de sensibilité; l'auteur a démontré, en effet, que les centres de la sensibilité, soit générale, soit spéciale, ont leur siège en arrière des scissures de Rolando et de Sylvius.

La destruction partielle du centre de l'audition ne paraît pas avoir provoqué de « surdité des mots » au moins à l'état permanent, puisque la malade comprenait sans peine ce qu'on lui disait; quant aux renseignements sur la période de début, ils font naturellement défaut.

L'état mental de la malade était profondément altéré; la destruction totale des régions frontales antérieures d'un côté du cerveau a certainement joué un rôle important dans la production de cette altération; mais le cas est trop complexe ici pour qu'il soit possible de déterminer d'une façon rigoureuse la part qu'il convient de faire à cette destruction.

Au point de vue de l'anatomie cérébrale, ce cas peut être considéré comme une dissection fonctionnelle des tractus moteurs et de leurs connexions. Consécutivement à la destruction de l'aire motrice corticale et de la capsule interne avec ses noyaux, nous voyons apparaître une dégénérescence bien accusée des deux tiers internes du pied du pédoncule cérébral ce qui montre leurs rapports directs avec les régions atrophiées.

Le remarquable degré d'atrophie que présente le lobe droit du cervelet constitue encore un fait important. On a noté dans beaucoup de cas (Cotard, Howden, Schroeder van der Kolk, etc. une atrophie du lobe opposé du cervelet, alors qu'il existait une dégénérescence plus ou moins étendue de l'un des hémisphères cérébraux. Mais le cas actuel paraît montrer, avec une précision inaccoutumée, une atrophie du cervelet se rattachant à une dégénérescence limitée à la région motrice de l'hémisphère cérébral opposé. Parmi les pédoncules cérébelleux, le pédoncule moyen droit présentait seul les caractères manifestes de l'atrophie; en même temps on constatait un aplatissement très marqué du côté droit de la protubérance.

Ces faits s'accordent parfaitement avec l'opinion de Meynert, suivant laquelle les pédoncules moyens du cervelet seraient en relation avec les tractus pyramidaux des hémisphères cérébraux respectivement opposés. Meynert a invoqué ces cas d'atrophie cérébelleuse croisée à l'appui de ses vues anatomiques; mais des objections ont été soulevées. Gudden n'a point

vu, chez les animaux, la destruction d'un hémisphère provoquer l'atrophie, au moins d'une façon perceptible, dans l'hémisphère cérébelleux opposé. Probablement les conditions de l'expérience n'ont pas laissé à l'atrophie le temps de se manifester; car il n'existe aucun motif sérieux de mettre en doute la relation directe qui unit l'atrophie du lobe cérébelleux droit, si manifeste dans le cas actuel, à la destruction de la région motrice de l'hémisphère cérébral gauche.

L'atrophie de l'écorce cérébelleuse (portant à la fois sur la couche grise avec les cellules de Purkinje et sur la couche granuleuse), jointe à l'atrophie du pédoncule moyen, démontre la relation anatomique directe qui existe entre ce pédoncule et l'écorce, ainsi que l'association fonctionnelle qui unit ces parties avec les centres et les tractus moteurs du cerveau.

Il ne subsistait qu'une très faible portion du tractus pyramidal du côté gauche de la moelle allongée; et si l'on avait pu examiner la moelle, on aurait certainement constaté sans peine une dégénérescence des tractus pyramidaux.

D<sup>r</sup> R. DE MUSGRAVE-CLAY.

---

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

*Etude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales*; par le D<sup>r</sup> Doutrebente, directeur-médecin de l'asile public d'aliénés de Blois, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, membre de la Société médico-psychologique, de la société d'anthropologie, etc. (Blois, imprimerie Marchand. 1883.)

Dans ce travail M. le D<sup>r</sup> Doutrebente étudie la responsabilité légale et la capacité légale des sujets aliénés en état de lucidité plus ou moins prolongé et en état de rémission, mais il n'a encore publié que la première partie de son étude.

Après avoir fait remarquer que la médecine légale des aliénés offre encore bien des lacunes et que ce qu'on appelle d'une façon générale « intervalles lucides » prête surtout à la discussion, l'auteur divise ces intervalles en trois classes : 1<sup>re</sup> L'intermission, période de lucidité d'une durée variable qui sépare deux accès d'aliénation, quelle que soit la forme de ces accès; manie, mélancolie, folie à double forme. — 2<sup>o</sup> L'intervalle lucide que quelques auteurs ont nié (D<sup>r</sup> Billod) et qui n'est qu'une *lueur d'un instant*. Il se distingue de l'intermission par sa brièveté et par son absence de périodicité (J. P. Falret). — 3<sup>o</sup> La rémission caractérisée par la diminution seulement des symptômes morbides.

Ce qui est actuellement publié de l'étude de M. Doutrebente n'a trait qu'à l'intermission. « L'intermission est constituée par le retour périodique de la raison alternant avec un accès d'aliénation mentale. » — Très souvent les intermissions se reproduisent avec une grande régularité, et les accès de folie reviennent de la même manière, calqués les uns sur les autres. Comme dans certaines folies à double forme, les accès sont parfois constitués par le seul délire des actes.

L'auteur admet la responsabilité des fous périodiques pour les actes commis pendant les intermissions, surtout quand les

accès sont rares. Si les intermissions sont courtes et irrégulières, il est partisan d'une séquestration perpétuelle et il conseille l'interdiction des malades dans l'intérêt des familles. Les actes civils, tels que donation ou testament accomplis pendant une période d'intermission de longue durée, devront être valables.

Arrivé là, M. Doutrebente passe en revue la juridiction française et étrangère sur ce sujet, il cite les textes, les compare et les discute.

Cette étude est très intéressante, c'est une heureuse contribution à la question médico-légale des aliénés. Le médecin légiste y trouvera des matériaux pour ses rapports, mais elle n'est pas complète et M. Doutrebente devra publier le plus tôt possible les deux dernières parties : Intervalle lucide et rémission.

D<sup>r</sup>. L. CAMUSET.

## BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

— Leçons cliniques sur l'épilepsie et les troubles intellectuels qui l'accompagnent, faites à l'hospice de l'Antiquaille; par M. le D<sup>r</sup> Albert Carrier; Lyon, 1883, vol. in-8°.

— Case of lethargic stupor, or Trance; par le D<sup>r</sup> W. F. Gairdner, de Glasgow; br. in-8°.

— De la manie chronique à forme rémittente; par le D<sup>r</sup> Sébastien Mabit; Paris, 1883, vol. in 8°.

— Les familles des paralytiques généraux au point de vue biologique; par le D<sup>r</sup> Emm. Régis; Bordeaux, 1883, br. in-8°.

— Les familles des aliénés au point de vue biologique; par MM. B. Ball et E. Régis; Paris, 1884; br. in-8°.

— Hygiène de la génération; — Onanisme sous toutes ses formes et ses conséquences; par le D<sup>r</sup> P. Garnier; Paris, 1884, vol. in-42.

— Du rôle des anomalies congéniales des organes génitaux dans le développement de la folie chez l'homme; par le D<sup>r</sup> D. Rafflegeau; thèse de Paris, 1884, in-8°.

— Rapport médico-légal sur l'état mental du nommé Ginat, inculpé de meurtre sur la personne de sa mère; par MM. H. Bonnet et Delacroix; Châlons, 1884, br. in-8°.

---

## VARIÉTÉS

---

### NOMINATIONS ET PROMOTIONS

— *Arrêté du 25 février 1884.* Ont été nommés, pour prendre rang à partir du 4<sup>er</sup> janvier 1884 :

A la classe exceptionnelle de leur grade (8,000 fr.) MM. FLEURER et GUILBERT, directeurs des asiles de Bordeaux et Cadillac ;

A la 2<sup>e</sup> classe (6,000 fr.) : MM. les D<sup>rs</sup> MORDRET et PONS, médecins en chef des asiles du Mans et de Marseille.

A la 3<sup>e</sup> classe (5,000 fr.) : M. le D<sup>r</sup> PEYBERNÉS, directeur-médecin de l'asile de Bourges (Rhône) et PIERRET, médecin en chef de l'asile de Bron.

A la 4<sup>re</sup> classe de leur grade (3,000 fr.) : MM. les D<sup>rs</sup> MARTINENQ, FEBVRE et SCHILS, médecins adjoints des asiles Saint-Yon, Montdevergues et Villo-Evrard.

— *Arrêté du 1<sup>er</sup> février 1884* : M. le D<sup>r</sup> CHAMBARD, ancien interne des hôpitaux de Paris, ancien chef de laboratoire de la clinique des maladies mentales de la Faculté de Paris, a été nommé médecin adjoint de l'asile Saint-Yon, en remplacement de M. Kéraval, et placé dans la 2<sup>e</sup> classe de son grade (4500 fr.)

### NÉCROLOGIE.

Le D<sup>r</sup> MATHIEU. — Nous annonçons, avec regret, la mort du D<sup>r</sup> MATHIEU qui, entré dans le service des aliénés en 1880, a successivement rempli, avec distinction, les fonctions de médecin à l'joint à l'asile de Braqueville, près Toulouse, et à celui de St-Méen près Rennes. Il occupait ce dernier poste, où il avait su se concilier de nombreuses sympathies, lorsqu'il a été frappé, le 19 janvier 1884, d'une apoplexie cérébrale à laquelle il n'a survécu que quelques heures. Cette mort subite, et complètement inattendue, a impressionné de la manière la plus pénible tous ceux qui avaient eu occasion de connaître et d'apprécier le D<sup>r</sup> Mathieu.

Le D<sup>r</sup> KIRKBRIDE. — Nous avons à signaler la mort du D<sup>r</sup> T. KIRKBRIDE, qui a rempli pendant plus de quarante ans les fonctions de directeur-médecin de l'hôpital de Pensylvanie, pour les aliénés, à Philadelphie. Le D<sup>r</sup> Kirkbride a été l'un des médecins qui ont le plus contribué à l'amélioration du sort des aliénés en Amérique. Descendant d'un des premiers compagnons de William Penn, il était né en 1809. Reçu docteur en 1832, il fut attaché à différents asiles d'aliénés. En 1844 il fut appelé aux fonctions indiquées plus haut, et il les a rem-

plies toute sa vie avec une grande supériorité. Il a été l'un des premiers fondateurs de l'Association des directeurs médecins d'asiles américains. Il a publié un grand nombre de travaux sur l'aliénation mentale, et une série très intéressante de rapports sur l'établissement à la tête duquel il était placé. Mais il s'est surtout appliqué à l'étude de tout ce qui concerne le perfectionnement des Asiles. Son principal ouvrage a pour titre : *La construction, l'organisation, et l'arrangement général des hôpitaux pour les aliénés*. Il a été publié en 1854 et a eu une seconde édition en 1880.

Le Dr Kirkbride jouissait, depuis longtemps, d'une réputation considérable, en Amérique, auprès de tous ceux qui s'intéressent à la cause des aliénés. Sa santé s'était gravement altérée dans ces dernières années, par suite d'attaques répétées de pneumonie ; il est décédé le 6 décembre 1883.

#### SOCIÉTÉ MÉDICO-PSYCHOLOGIQUE.

##### *Séance solennelle.*

La Société médico-psychologique a tenu sa séance solennelle, le lundi 28 avril 1884, sous la présidence de M. Ach. Foville.

M. Gilbert Ballet a lu le rapport sur le prix Esquirol ; le prix a été décerné à M. Vetault, interne de l'asile Sainte-Anne, pour un mémoire intitulé : *Du délire hypochondriaque dans quelques formes d'aliénation mentale*.

M. Paul Garnier a donné ensuite lecture de son rapport sur le prix Aubanel. On sait que le sujet proposé était ainsi conçu : « Existe-t-il des signes ou des indices qui permettent de reconnaître qu'une maladie mentale est héréditaire, en l'absence des notions sur les antécédents ? Exposer ces caractères. » Deux mémoires ont été envoyés : une mention honorable avec récompense de 1.800 fr. a été accordée à l'auteur du mémoire n° 2, M. le Dr Saury, de Suresnes ; et une allocation de 600 fr. à titre d'encouragement au mémoire n° 1. Ce dernier travail a pour auteurs M. Brun, médecin-adjoint de l'asile de Brou, près Lyon, et M. Taty Théodore, interne en médecine du même asile.

Enfin, M. Ritti, secrétaire général, a terminé la séance en prononçant l'éloge de Renaudin, ancien directeur de l'asile de Maréville.

Le soir, à 7 heures, un banquet réunissait chez Brébant vingt-six membres de la Société. De nombreux toasts ont été portés : par le président M. Ach. Foville, à la prospérité de la Société ; par le vice-président, M. Dagonet, au président ; par M. Motet, à la mémoire de Lasègue, etc.

#### ACADÉMIE DES SCIENCES.

L'Académie des sciences a tenu sa séance publique annuelle, le lundi 5 mai 1884, sous la présidence de M. Blanchard.

Dans la liste des prix décernés nous remarquons particulièrement les suivants :

*Prix Chaussier* (de 10.000 fr.). — A M. Legrand du Saulle,



pour ses quatre ouvrages de médecine légale : 1° *Sur les épileptiques*; 2° *Sur les testaments contestés pour cause de folie*; 3° *Sur l'interdiction des aliénés et sur le conseil judiciaire*; 4° *Sur les hystériques*.

*Prix Lallemand* (de 1,800 fr.). — Des encouragements de 900 fr. sont accordés : l'un à M. Ball pour ses *Leçons de maladies mentales*; l'autre à M. Aug. Voisin pour ses *Leçons cliniques sur les maladies mentales et les maladies nerveuses*.

*Prix Montyon de médecine et de chirurgie*. — Une citation honorable est décernée à M. H. Huchard, pour son *Traité des névroses*.

#### LE SUICIDE DANS L'ARMÉE ITALIENNE.

Le Dr Baroffio vient de publier sous ce titre un document auquel nous empruntons les renseignements suivants :

L'armée italienne fournit en moyenne, par an, 83 suicides (années 1875-1880), soit 6,27 suicides pour 10.000 hommes d'effectif et 3,63 sur 100 décès en général.

En France, la moyenne des suicides n'a été, de 1875 à 1879, que de 2,90 sur 10.000 hommes d'effectif. En 1862, la proportion était de 6.20; il y a donc eu une diminution de plus de moitié.

En Italie, au contraire, la proportion des suicides tend à augmenter.

Par rapport à la durée du service, les suicides se répartissent comme il suit :

1 <sup>re</sup> année de service . . . . .	49.3
2 <sup>e</sup> . . . . .	45.0
3 <sup>e</sup> . . . . .	43.7

Dans l'armée française, au contraire, le nombre des suicides augmente avec la durée du service.

#### LA FOLIE DANS L'ARMÉE ITALIENNE.

Le Dr Laveran analyse dans les *Archives de médecine et de pharmacie militaires* un travail publié sous ce titre par le Dr Grilli. Nous lui empruntons les chiffres suivants :

Du 1<sup>er</sup> janvier 1870 au 31 décembre 1882, le Dr Grilli a traité 13 officiers et 70 hommes de troupe; sur les 13 officiers, 9 étaient atteints de paralysie générale. A l'asile de Sienne, sur 14 officiers, 10 étaient atteints également de paralysie générale; à Milan, la proportion était de 12 sur 13.

Sur les 78 hommes de troupe, les formes d'aliénation le plus fréquemment observées sont la lypémanie 24 cas, la manie 20 cas, l'épilepsie 7 et la paralysie générale 5. divers 22; aucun cas de simulation.

#### DU SUICIDE ET DE LA MÉDECINE LÉGALE EN CHINE.

M. le Dr Ern. Martin vient de publier, sinon la traduction littérale, au moins une analyse suffisamment étendue du *Si-yuen-lu*, sorte de compendium de médecine légale et de

jurisprudence médicale, à laquelle nous empruntons les passages suivants :

*Suicide.* — Le *Si-yuen-lu* revient très souvent sur la question du suicide : il faut en effet pouvoir distinguer la mort volontaire de celle qui résulte d'un crime, et le suicide est d'une fréquence très grande. Le jeu, la débauche y poussent par la ruine qu'ils entraînent; la vengeance le conseille aussi très souvent. Si quelqu'un a causé un préjudice à un autre, celui-ci va se tuer sur le seuil de sa porte, certain que mille embarras en résulteront pour lui; car la police ouvre aussitôt une enquête qui est une source de frais considérables et qui ordinairement est une cause de ruine pour la victime de cette singulière vengeance.

Parmi les motifs si nombreux de suicide, il en est encore un que nous signalerons parce qu'il se lie à un fait qui semblerait *a priori* devoir lui être étranger. Quand un Chinois apprend que son fils s'est fait chrétien, il se tue lui-même, ce qui est une sorte de malédiction infligée à celui qui ayant répudié le culte des ancêtres ne peut plus faire sur la tombe de son père les sacrifices consacrés : et cette conversion est regardée comme un crime parce que, dès lors, tous les ancêtres privés de ces sacrifices deviennent de perpétuels mendiants, objets de mépris dans le monde des ténèbres.

Suivant la section 299, celui qui, dans certains cas tels que dettes, emploie la menace envers son débiteur, qui se suicide ensuite, bien que la menace soit motivée, sera puni de cent coups et d'une amende de dix onces d'argent pour couvrir les frais des funérailles. Voici la relation d'un cas de suicide accompli dans les circonstances suivantes : Un individu nommé Hars, originaire du Chan-si, âgé de vingt-cinq ans, exerçant la profession de marchand, fut, le 25 mai 1868, accusé de vol; conduit devant le magistrat, il déclara qu'il était innocent du crime qu'on lui imputait et, pour le prouver, il tira un couteau de sa poche et se le plongea dans le ventre en s'écriant : *Qu'on examine à présent mon cœur et on verra bien si je suis coupable !* Puis il se mit en demeure de faire rentrer ses entrailles qui s'échappaient de la plaie, sortit dans la rue et tomba épuisé sur le sol où il resta jusqu'au lendemain.

L'événement se passait tout près de l'hôpital anglais de Pékin, dirigé par le Dr Dudgeon. Ce médecin voulut faire conduire le blessé chez lui; mais on lui représenta que c'était chose fort délicate, que si on touchait au blessé, sans l'ordre de la justice, les voisins et les hommes de la police seraient ainsi exposés à toutes sortes de désagréments. Le Dr Dudgeon déclara qu'il assumait sur lui cette responsabilité et parvint à faire amener le malade dans son service; il pansa la plaie et administra de l'opium, car il avait affaire à un fumeur. Au bout de quelques jours, le mal était assez amélioré pour que le blessé pût se lever. Il voulut sortir, on s'y opposa. Alors il trompa la vigilance du concierge et disparut; au bout de quelques jours il revint, et c'est alors que le délégué du tribunal de la justice se présenta au dispensaire pour ouvrir

l'enquête. La guérison se compléta, le malade sortit définitivement et la justice le saisit et l'emprisonna; on le jugea et il fut acquitté.

*L'aliénation mentale dans ses rapports avec la médecine légale.* — Dans aucun endroit du *Si-yuen-lu*, il n'est question des expertises auxquelles peut donner lieu l'aliénation mentale soit dans ses rapports avec la criminalité, soit au sujet de faits ressortissant à la jurisprudence civile, telles que successions, interdictions, etc., etc.

Cette affection qui, chez les nations européennes, fait chaque jour des progrès, est fort rare en Chine; cela tient sans doute en grande partie à la fixité de la constitution politique et à l'absence de luites religieuses qui sont une source si féconde de perturbations mentales.

Les exemples que l'on rencontre tiennent soit à l'usage des alcools, et dans ce cas ils ne se voient guère en dehors des ports de commerce, là où existe le contact avec les étrangers: soit à l'usage de l'opium, qui s'aceroit d'une façon inquiétante pour l'avenir de la race, bien que la statistique de la consommation de cette drogue fournisse des chiffres restreints. En effet, d'après le dernier rapport des douanes, publié par ordre de l'inspecteur général, il y aurait seulement deux tiers de un pour cent de la population fumant l'opium. Etant donné que cette population s'élève à environ trois cent cinquante millions d'habitants, on arriverait au chiffre d'environ deux millions de fumeurs (en 1881).

Au point de vue des accidents cérébraux qu'entraîne l'usage de la drogue, et au point de vue des fatalités héréditaires, on comprend la campagne entreprise actuellement en Angleterre par quelques philanthropes contre l'importation de l'Inde.

Quant aux névroses spéciales à la femme chez les nations européennes, on les rencontre rarement en Chine à cause du genre d'éducation et des conditions morales qui lui sont propres chez ce peuple.

Les moralistes chinois n'ont pas recherché les connexions qui existent entre la folie et la criminalité. En présence d'un cas d'aliénation mentale, la justice n'intervient pas; la responsabilité des conséquences auxquelles elle peut donner lieu reste tout entière à la famille.

#### EXHUMATION DES RESTES DE SHAKESPEARE.

Tout dernièrement, un médecin anglais a proposé, en vue de raisons intéressant la science, et nullement par un vain désir de curiosité, d'exhumer, pour quelques instants, les restes de Shakespeare. Plusieurs journaux anglais ont pris très vivement à partie, à ce sujet, l'honorable docteur à qui un de ses confrères, non moins distingué, le Dr W. Ireland, est venu prêter son appui dans la lettre suivante qu'il a adressée, le 10 septembre dernier, au journal le *Mental Science*.

## MESSIEURS LES ÉDITEURS,

La proposition du Dr Ingleby de lever les dalles du sanctuaire de l'église de Stratford-sur-Avon, où l'on sait que Shakspeare est inhumé, a fait surgir certaines objections, mal raisonnées, dans les feuilles publiques, dont quelques-unes menacent d'une « tempête d'indignation » tous ceux qui souhaitent que ce projet reçoive son exécution. C'est là un projet dont, moi aussi, j'ai souvent parlé à mes amis, et j'avais même songé à en faire l'exposé dans votre journal ; j'espère donc que vous me permettrez de traduire le sentiment des hommes de science en faveur du Dr Ingleby et de ceux qui sont disposés à se ranger de son parti.

En dépit des mots tels que : « mauvais goût », « sacrilège » et « profanation », je ne crois pas que l'âme qui vive dans les Iles Britanniques, répandrait une seule larme, ou mangerait une once de bœuf et de pommes de terre de moins, ou boirait une pinte de bière de plus, parce qu'on aurait soulevé quelques dalles du sol de l'église et permis à un rayon de la lumière du jour de tomber sur les honorables ossements du grand dramatisle. L'argument le plus vraisemblablement propre à toucher le public, c'est que Shakspeare lui-même, dans les mauvaises rimes inscrites sur sa tombe, a recommandé qu'on ne dérangeât pas ses os. Dans une vie de Shakspeare dans mon exemplaire de ses œuvres, publiée il y a vingt-quatre ans, se trouve le commentaire suivant : « Il est incertain si cette requête et cette imprécation ont été écrites par Shakspeare ou par un de ses amis. Elles font allusion, probablement, à la coutume d'enlever les squelettes, après un certain laps de temps, et de les transporter dans des dépôts mortuaires : de semblables exécutions se retrouvent dans beaucoup d'épitaphes latines. » Cette simple remarque répond à tous les arguments tirés de cette inscription. Selon toute probabilité, Shakspeare était entièrement inconscient de l'immortalité qu'il avait acquise. Assurément, il ne s'en est jamais posé la question : s'il devait défendre que les contours de son crâne fussent examinés des centaines d'années plus tard, à l'effet de réparer la négligence de ses contemporains qui nous ont laissés dans le doute sur ce qu'il pouvait être, au physique, lorsqu'il vivait.

Il me semble que les deux portraits de Shakspeare représentés par les gravures, appartiennent à deux hommes différents ; l'un est une très belle et très fine figure, ayant quelque chose d'un espagnol ; l'autre a beaucoup plus de la physiologie et de la tournure d'un Anglais, et ressemble au buste adossé au mur de l'église. Et, à propos de ce buste, nous ne sommes pas même sûrs qu'il ait été exécuté avant que Shakspeare fût inhumé, ni qu'on puisse s'en fier au sculpteur pour avoir pu obtenir une fidèle ressemblance. Il n'est pas douteux que l'identité de ses ossements pourrait être vérifiée, tandis que des mensurations et des observations seraient possibles et pourraient servir à décider lequel des deux portraits ressemble le plus à l'illustre mort.

Au nom du sens commun, qu'y a-t-il donc dans Shakspeare

décédé, pour que ses restes soient à jamais retenus sous une plaque opaque de pierre sableuse, ne devant jamais être vus par les vivants, même quelques heures seulement, quand tout habitant de Londres, au commencement du dix-septième siècle, pouvait le voir sur les planches du « Glube Théâtre » pour quelques pence? Il y a peu d'années, le tombeau du Dante fut ouvert, et les anthropologistes connaissent maintenant la capacité du crâne et le poids probable du cerveau du grand Florentin.

Le corps de Richard II a été examiné, et l'histoire de l'écrasement de sa cervelle par une hache d'armes a été reconnue fautive. On a examiné également les restes de Charles I<sup>er</sup>, et l'on a trouvé que la tête du supplicié avait conservé une ressemblance frappante avec les portraits si bien connus de Van-Dyck. Et, que sont pour nous Richard II et Charles I<sup>er</sup> en comparaison de Shakespeare? Excepté un bien petit nombre, les morts sont morts; leur mémoire est ensevelie parmi les morts qui jadis vivaient avec eux. Heine a dit: « Je vis, et je suis plus fort que tous les morts. » Shakespeare pourrait dire: « Je suis mort, et pourtant je suis plus fort que tous les vivants. » On joue plus de pièces de théâtre de Shakespeare que de n'importe quel auteur dramatique vivant. C'est pour cette raison que nous sommes si anxieux d'arracher de la tombe quelque chose de plus concernant Shakespeare; et l'on qualifie cela de sacrilège! Y a-t-il un seul être actuellement existant, ayant fait d'immenses efforts pour atteindre à la renommée, ou ayant goûté l'espérance que les hommes ne l'oublieront pas dans son tombeau, qui ne tiendrait comme un honneur (accordé à un bien petit nombre des enfants des hommes), de savoir que 267 ans après avoir été couché dans son cercueil, ceux qui entretiendraient allumés le flambeau des lettres et celui de la science, auraient le désir de soulever ses restes, pour un seul jour, afin de mesurer la capacité de son crâne et de s'assurer s'il n'y aurait rien à observer dans la structure de la boîte osseuse qui contenait un cerveau d'où seraient émanées les manifestations d'une puissance mentale sans pareille?

Et avec quel dégoût et quelle aversion abaisserait-il son regard sur les lourds et ignorants écrivains des journaux quotidiens de l'année 2450, qui s'efforceraient de représenter un pareil tribut d'hommage à son génie comme un acte sacrilège?

Il me semble qu'il est assez probable que la proposition du Dr Ingleby devra être mise de côté, jusqu'à ce que surgisse une génération plus instruite; à moins que le public ne soit amené à comprendre clairement les avantages que son adoption procurerait à l'étude de la crâniologie. Aussi désirais-je que les membres de notre Association (médiço-psychologique) se missent à l'œuvre pour empêcher le public d'être induit en erreur.

Je suis, etc, etc...

W. W. IRELAND.

Pour les articles non signés : L. LUNIER.

# TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE XI<sup>e</sup> VOLUME DE LA SIXIÈME SÉRIE

## PREMIÈRE PARTIE.

### MÉMOIRES ORIGINAUX OU TRADUITS.

#### I. Chronique.

PAGES

Une maladie nouvelle : la maladie de Thomsen. — Crétinisme consécutif à l'extirpation de la glande thyroïde. — Prochain Congrès médical international à Copenhague. — Rapport sur la construction des hôpitaux, publié par la Société de médecine publique. — Attentats commis par des aliénés contre les docteurs Rochard et Stéphan. — Meurtre du secrétaire de l'asile de Feins, par un aliéné évadé. — Résultats de l'intervention du jury en Amérique dans les questions relatives à l'aliénation mentale . . . . .	6
Projet de revision de la loi sur les aliénés. — Nomination de M. le Dr Th. Roussel comme Rapporteur devant le Sénat. — Rapport de M. le Dr Blanche à l'Académie de médecine. — Crétinisme opératoire succédant à l'ablation du corps thyroïde. — Crétinisme sporadique coïncidant avec l'absence du corps thyroïde. — Maladie de Thomsen. — La paraldéhyde comme médicament hypnotique. . . . .	177
Une famille vouée au suicide. — La folie dans les classes aisées en Italie. — Antagonisme entre la paralysie générale et la pellagre. — Le crétinisme sporadique ou fœtal à la Société pathologique de Londres. — Incertitude de l'étiologie de l'ataxie locomotrice. — De l'ergotine dans le traitement de la paralysie générale. . . . .	361

#### II. Pathologie.

Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale ; par M. le Dr J. Christian . . . . .	49, 186 et 370
Lettre à M. J. Christian ; par M. le Dr E. Régis . . . . .	197
Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice progressive ; par MM. les Drs L. Landouzy et G. Ballet . . . . .	29
Des vertiges chez les aliénés ; par M. le Dr J. Millet. . . . .	38 et 204

**III. Archives cliniques.**

	PAGES
89. Observation et autopsie d'une aphasique devenue successive- ment aliénée et monoplégique; par M. Rousseau. . . . .	52
90. Epilepsie partielle; par M. Planat. . . . .	59
91. Lypémanie chronique avec délire des négations; par M. Paris. . . . .	63
92. Une famille de névropathes; par M. E. Chambard. . . . .	220
93. Crises d'hystérie chez un homme atteint de paralysie générale; par M. Camuset. . . . .	229
94. Observation d'épilepsie transmise de l'animal à l'homme; par M. Planat. . . . .	383
95. Guérison de délire aigu à la suite d'une éruption de furoncles; par M. Baillarger. . . . .	384

**V. Législation.**

Étude comparative sur les législations étrangères en ce qui con- cerne les aliénés traités à domicile; par M. le Dr Foville. . . .	68
Rapport sur les projets de réforme relatifs à la législation sur les aliénés, lu à l'Académie de médecine; par M. le Dr Blanche. . .	234
De la séquestration des aliénés dans leurs familles; par M. le Dr V. Parant. . . . .	391

**IV. Médecine légale.**

Rapport médico-légal sur un cas de viol et d'attentat à la pudeur avec violences commis sur une jeune fille atteinte d'hystérie avec crises de sommeil; par M. le Dr Mabile. . . . .	83
Revue de médecine légale : les attentats contre les personnes (suite); par M. le Dr A. Giraud. . . . .	412

**DEUXIÈME PARTIE****REVUE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE****I. Société médico-psychologique.**

<i>Séance du 30 juillet 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ou- vrages : MM. Orange, Magnan, Bouchereau, Lunier. — Lésions syphilitiques simulant une paralysie générale : MM. Charpen- tier, Magnan, Paul Garnier, Foville, Delasiauve, Legrand du Saulle, A. Voisin, Motet. . . . .	90
<i>Séance du 29 octobre 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ou- vrages : MM. Billod, Vassitch, Frigerio, Steenberg, Tamburini, Marchi, Seppilli, Paul Moreau (de Tours), Brandao. — Rapport	

de M. Magnan sur la candidature de M. Peeters: élection. — De l'alcoolisme en Pologne : M. Lubelski. — Cas insolite de névrose convulsive : MM. Legrand du Saulle, Motet, Lunier, Falret, Féré, Ballet, Foville . . . . .	120
<i>Séance du 12 novembre 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Foville, Ballet, Doin. — Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés ( <i>suite</i> ) : MM. Falret, Motet, Labitte, Delasiauve, Christian, Lunier. . . . .	142
<i>Séance du 26 novembre 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Millet, Dally. — Rapport de M. Bouchereau sur la candidature de M. Obersteiner fils: élection. — Rapport de M. Motet sur la candidature de M. Luigi Frigerio : élection. — Des établissements d'aliénés au Brésil : MM. Teixeira Brandao, Motet, Dally. — Election de M. Brandao. — Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés ( <i>suite</i> ) : MM. Aug. Voisin, Legrand du Saulle, Dally, Motet, Lunier, Falret, Foville, Bigot. . . . .	275
<i>Séance du 10 décembre 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Peeters, Greffier, Danillo. — Rapport de M. Cotard sur la candidature de M. Millet: élection. — Rapport de M. Gilbert Ballet sur la candidature de M. Milan Vassitch: élection. — Du rôle de l'hérédité nerveuse dans la genèse de l'ataxie locomotrice : MM. Ballet, Falret. — Des garanties apportées à la sortie des aliénés des établissements publics et privés ( <i>suite et fin</i> ) : MM. Espiau de Lamaestre, Lunier, Falret, Christian, Legrand du Saulle . . . . .	292
<i>Séance du 24 décembre 1883.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Luigi Frigerio, Obersteiner fils, Millet, Briand, Magnan, Bitot, Aug. Voisin, Motet. — Election des membres du Bureau de 1884. — Du rôle de la profession dans le développement de l'aliénation mentale : M. Charpentier. — Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat : MM. Tuguet, G. Ballet, Lunier, Aug. Voisin, Motet. . . . .	313
<i>Séance du 28 janvier 1884.</i> — Rectification au procès-verbal : M. J. Falret. — Installation du bureau : MM. Motet, Foville. — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Dehoux, Perez, Despine, Rey, Ingels, Motet. — Nomination de la commission du prix Esquirol. — Nomination de la commission du prix Aubanel. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Briand: élection. — Rapport de M. Magnan sur la candidature de M. Carrier: élection. — Discussion de l'ordre du jour : MM. Aug. Voisin, Falret, Foville . . . . .	435
<i>Séance du 25 février 1884.</i> — Correspondance et présentation d'ouvrages : MM. Motet, Briand, Carrier, Ladame, Perez, Foville,	



Blanche. — Rapport sur la gestion financière: M. Legrand du Saulle. — Rapport de M. Paul Garnier sur la candidature de M. Rey: élection. — De la présence des bactéries dans le sang des malades atteints de délire aigu: MM. Aug. Voisin, Bouche-reau. — Hypnotisme avec hyperesthésie de l'ouïe et de l'odorat: MM. Aug. Voisin, Ballet. — Aliénation mentale consécutive à l'intoxication par le sulfure de carbone: M. Aug. Voisin. — Des mesures proposées pour la surveillance et la protection des aliénés traités en dehors des établissements spéciaux, publics et privés: MM. Falret, Christian, Lunier, Foville, Aug. Voisin, Duménil, Legrand du Saulle. . . . .	445
--	-----

## II. Académie de médecine.

Discussion du rapport de M. Blanche sur la réforme de la loi sur les aliénés . . . . .	466
--	-----

## III. Revue des journaux de médecine.

### JOURNAUX FRANÇAIS (1882).

Anal. par M. le Dr E. RÉGIS.

Hystérie dans ses rapports avec divers états morbides. . . . .	491
Mal perforant du pied dans la paralysie générale. . . . .	492
Hypnotisation chez les hystériques. . . . .	492
Cas de rage humaine traité par le hoàng-nân. . . . .	493
Courants continus dans l'hydrocéphalie chronique . . . . .	493
Accidents nerveux graves par suite de coliques hépatiques . . . .	493
De la neurasthénie. . . . .	494
Accès de manie provoqué par un traumatisme. . . . .	494
Modifications à apporter à la loi de 1838, concernant les aliénés criminels et les rechutes . . . . .	494
Lésions de l'encéphale déterminant, après la mort, une contracture générale et locale. . . . .	495
Folie religieuse. . . . .	495
Effets de l'hypnose sur quelques animaux. . . . .	496
Hallucinations unilatérales de l'ouïe. . . . .	496
Analogie des effets des lésions centrales et des lésions corticales du cerveau. . . . .	496
Hystérie viscérale. . . . .	497
Cas d'hystérie chez l'homme. . . . .	497
Syphilis cérébrale . . . . .	497
Irritation cérébrale chez les enfants. . . . .	497
Paralysie générale chez la femme. . . . .	498

	PAGES
Etude comparative de la démence et de l'idiotie. . . . .	500
Illusions et hallucinations de l'ouïe en rapport avec une lésion fonctionnelle et organique de l'oreille. . . . .	500
Folie puerpérale . . . . .	501
Paralysies par compression des nerfs. . . . .	501
Altérations du système nerveux dans le myxœdème. . . . .	501
Paralysie agitante et tremblement sénile. . . . .	501
Courant galvanique dans la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques. . . . .	503
Cirrhose alcoolique chez les diabétiques. . . . .	503
Tuberculose pulmonaire compliquée de manie aiguë. . . . .	503
Etiologie et traitement des spasmes fonctionnels. . . . .	504

### JOURNAUX ITALIENS (1882)

Anal. par M. le Dr P. KÉRAVAL.

Distribution géographique des phrénopathies en Italie. . . . .	505
De l'icéphobie. . . . .	507
Sarcome fuso-cellulaire de la base du crâne. . . . .	507
Guérison spontanée de l'épilepsie. . . . .	508
Hydrate de chloral au séné. . . . .	508
Sclérose des cornes d'Ammon dans l'épilepsie. . . . .	509
Statistique des aliénés d'Italie. . . . .	509
Durée des perceptions olfactives. . . . .	509
De la cotoïne contre les diarrhées opiniâtres. . . . .	510
Anatomie comparée de la bandelette optique. . . . .	510
Sang des aliénés pellagreu. . . . .	511
Alimentation des aliénés sitiophobes. . . . .	511
Poids spécifique de l'encéphale. . . . .	512
Délire systématique primitif. . . . .	513
Poids absolu de la calotte crânienne chez les paralytiques. . . . .	513
Etude expérimentale de l'hypnotisme. . . . .	513
Influence du système nerveux sur la roideur cadavérique. . . . .	514
Réflexes tendineux chez les aliénés. . . . .	515
Parricide, fratriicide et matricide à l'âge de seize ans . . . . .	515
Action hypnotique de la paralaldéhyde. . . . .	516
Compensations fonctionnelles de l'écorce du cerveau. . . . .	516
Du délire maniaque urémique. . . . .	517
Fibro-sarcome de la base du cerveau avec hydromélie. . . . .	517
Deux cas d'irritabilité spinale. . . . .	518

### JOURNAUX ANGLAIS (1881-1882).

Anal. par M. le Dr DE MUSGRAVE-CLAY.

Théorie des centres réflexes d'inhibition. . . . .	518
Localisation des paralysies atrophiques. . . . .	519

	PAGES
Phénomènes de la convulsion. . . . .	523
Convulsions épidémiques. . . . .	524
Technique microscopique et macroscopique du cerveau. . . . .	524
De l'écriture en miroir. . . . .	525
Perversion des instincts sexuels. . . . .	526
Rapports des centres moteurs du cerveau avec les fonctions nutritives et sociales. . . . .	527
Mélange des couleurs par l'action du sensorium. . . . .	528
Paralysie agitante. . . . .	529
Maladie de Swift. . . . .	529
Système nerveux des échinodermes. . . . .	529
Ophthalmoplégie externe dans la tabes dorsalis. . . . .	530
Réflexes tendineux et déviation conjuguée des yeux post-épileptiques. . . . .	530
Cerveau d'une aliénée criminelle. . . . .	532

### JOURNAUX AMÉRICAINS (1884).

Anal. par M. le Dr DESMARÈS.

Lésions du cerveau et leurs résultats fonctionnels. . . . .	343
Relations causales entre les stimulants nerveux et la folie. . . . .	343
Epilepsie simulée. . . . .	344
Du cerveau dans la folie. . . . .	344
Réunion annuelle de la société des superintendants d'asile. . . . .	340
Etablissements privés pour certaines classes d'aliénés. . . . .	355

### JOURNAUX ALLEMANDS (1882).

Anal. par M. le Dr HILDENBRAND.

Mutilation chez les aliénés. . . . .	150
Maladies des femmes dans leurs rapports avec la folie. . . . .	151
Sur l'hyoscyamine. . . . .	152
De la diminution du poids du corps après l'attaque d'épilepsie. . . . .	152
Température dans la folie périodique. . . . .	153
Troubles du système nerveux périphérique dans la folie. . . . .	154
Comptes rendus des asiles d'aliénés. . . . .	154
Rapports de la démence paralytique et de la syphilis. . . . .	155
Signification clinique et légale de l'impulsion sexuelle perversie. . . . .	155
Encéphalopathie saturnine. . . . .	156

### III. Bibliographie.

Les maladies de la volonté; par M. Th. Ribot (Anal. par M. le Dr CAMUSET). . . . .	158
Compte rendu général de l'administration de la justice criminelle	

	PAGES
en France et en Algérie pendant l'année 1884; par M. Martin-Feuillée, ministre de la justice (Anal. par M. le Dr CAMUSER) . .	161
Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie; par MM. Bourneville, Bonnaire et Williamié. (Anal. par M. le Dr CAMUSER) . . . . .	165
Des propriétés physiques d'une force particulière du corps humain (force neurique rayonnante) connue vulgairement sous le nom de magnétisme animal; par M. le Dr Baréty (Anal. par M. le Dr CAMUSER) . . . . .	351
Etude médico-légale sur les intermissions, les intervalles lucides et les rémissions dans les maladies mentales; par le Dr Dautre-bente (Anal. par M. le Dr Camuset) . . . . .	537
BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE . . . . .	467 et 538
CORRESPONDANCE: Lettre de M. Brunet . . . . .	467
Lettre de M. Bra . . . . .	470

#### IV. Variétés.

Nominations et promotions: MM. Larrieu, Paris, Pinot, Dufour, Porot, Allemandou, Maunier, Biaute, Pierret. — Prix de l'Académie de médecine. — De l'internat à l'asile de Maréville. — La folie, l'alcoolisme et le suicide dans l'armée . . . . .	173
Liste des membres de la Société médico-psychologique. — Nominations et promotions: MM. Millet, Bellat, Paul Géroente, Kéraval. — Nécrologie: Dr Le Page. — Prix d'anthropologie eriminelle. — Le Noël des aliénés à l'asile de Châlons. — Faits divers. . . .	353
Nominations et promotions: MM. Fleuret, Guilbert, Mordret, Pons, Peybernès, Pierret, Martinenq, Schils, Chambard. — Nécrologie: Nathieu, Kirkbride. — Société médico-psychologique: Séance solennelle. — Prix de l'Académie des sciences. — Le suicide et la folie dans l'armée italienne — Du suicide et de la médecine légale en Chine. — Exhumation des restes de Shakespeare. . .	539
Table des matières contenues dans le XI <sup>e</sup> volume de la sixième série . . . . .	546